FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Maurice GUERBET

Né à Clamecy, le 4 juillet 1874
Pharmacien Supérieur
Docteur en pharmacie
Professeur à l'École de Médecine et de Pharmacie de Rouen,
Chef du Laboratoire de Bactériologie

La Lutte contre la Tuberculose

DANS

LE ROYAUME-UNI

DE

Grande-Bretagne et d'Irlande

Président : M. CHANTEMESSE, *professeur.*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACARD
Pathologie médicale	WIDAL, DEJERINE, LANNELONGUE
Pathologie chirurgicale	Pierre MARIE
Anatomie pathologique	PRENANT
Histologie	HARTMANN
Opérations et appareils	POUCHET
Pharmacologie et matière médicale	MARFAN
Thérapeutique	CHANTEMESSE
Hygiène	THOINOT
Médecine légale	CHAUFFARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ROGER
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM, GILBERT, DEBOVE, LANDOUZY
Clinique médicale	HUTINEL
Maladies des enfants	Gilbert BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET, QUENU, RECLUS, SEGOND
Clinique chirurgicale	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique	ALBARRAN
Clinique des maladies des voies urinaires	BAR, PINARD, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique d'accouchements	POZZI
Clinique gynécologique	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile	Albert ROBIN
Clinique thérapeutique	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A M. LE SÉNATEUR LÉON BOURGEOIS

Président de la Commission permanente
de préservation contre la tuberculose.
Officier de la Légion d'honneur.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

La Lutte contre la Tuberculose

DANS LE ROYAUME-UNI

DE

Grande-Bretagne et d'Irlande

AVANT-PROPOS

Ce travail résulte d'une mission dont nous fûmes chargé, à l'effet d'étudier dans le Royaume-Uni, les mesures employées pour lutter contre l'extension de la tuberculose.

Nous exprimons le témoignage de notre reconnaissance à M. le sénateur Léon Bourgeois, Président de la commission permanente de préservation contre la tuberculose, grâce auquel cette mission nous fut accordée par M.le ministre de l'Instruction publique.

M. le ministre des Affaires étrangères a bien voulu nous donner une lettre d'introduction auprès des agents diplomatiques et consulaires ; nous l'en remercions vivement.

Nous avons reçu dans le Royaume-Uni un excellent accueil.

A Londres, le Dr Arthur Newsholme, *Medica Officer of Health* du *Local Government Board*, nous a reçu avec une bienveillance que nous ne saurions

trop apprécier : c'est grâce à lui que nous avons pu entrer en relations avec les personnalités dont le secours nous était indispensable.

Nous remercions particulièrement : Sir Shirley F. Murphy, *Medical Officer of Health* du *London County Council* et son « assistant » le Dr W. H. Hamer ;

Le Dr Georges Newman, *Chief Medical Officer* du *Board of Education* et ses collaborateurs les Drs James Kerr, Hogarth et Thomas ; M. G. Laurence Gomme, *Clerk of the London County Council*, qui nous a donné des renseignements précieux sur la législation de la capitale ;

Les Drs Marcus Paterson, *Medical Superintendant* du *Brompton Hospital Sanatorium* et Louis Vintras, directeur de la Maison de convalescence française de Brighton.

Nous n'oublierons point l'aimable accueil que nous a fait M. A. de Fleuriau, premier secrétaire à l'Ambassade de France, non plus que les secours éclairés de maître Mesnil, avocat français à Londres.

A Manchester, grâce au Dr James Niven, *Medical Officer of Health* et au professeur Sheridan Delépine, directeur du *Public Health Laboratory*, nous avons pu étudier en détail le fonctionnement du système anti-tuberculeux appliqué dans cette ville.

C'est aux Drs R. W. Philip, *Physician to the Royal Infirmary*, et Williamson, *Medical Officer of Health* d'Édimbourg, que nous sommes redevable des renseignements concernant l'Écosse.

S.E. la comtesse d'Aberdeen, Vice-Reine d'Irlande, a bien voulu nous documenter sur la lutte anti-tuberculeuse en Irlande ; nous lui en gardons une profonde reconnaissance.

Nous remercions aussi particulièrement M. A. Brouzet, vice-consul de France à Dublin, qui nous a décrit la croisade entreprise par l'Association des Dames d'Irlande.

Notre beau-frère M. Edmond Benoist et notre femme, ont contribué pour une large part à la traduction des textes que nous avions rapportés ; qu'ils reçoivent ici nos affectueux remerciements.

Nous sommes heureux, enfin, de pouvoir exprimer toute notre reconnaissance à M. le professeur Chantemesse, qui depuis l'époque, déjà lointaine, où nous fûmes son préparateur, n'a cessé de nous témoigner sa bienveillance, et qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Depuis quelques années, nous semblons avoir en France, une tendance à chercher en Allemagne les exemples dont notre pays peut avoir besoin en matière d'hygiène.

L'Allemagne, il est vrai, possède depuis 1900 une organisation très complète en vue de la lutte contre les maladies infectieuses (1) ; ce pays voit ses statistiques de mortalité décroître plus rapidement que les nôtres, c'est un point acquis ; mais cela, grâce à des mesures draconiennes auxquelles le peuple allemand discipliné militairement, se soumet « avec joie », ajoute Rochaix.

Espérons-nous importer en France de telles méthodes ? Il n'y faut guère songer, et rien ne sert de gémir sur notre indisciple au regard des lois sanitaires.

On n'impose pas une loi au Français : il l'accepte de bonne grâce, ou, si elle ne correspond pas à ses conceptions sur la liberté individuelle, il la rejette

1. Cette organisation a été très bien exposée par le Dr A. Rochaix. *la Lutte contre les maladies contagieuses en Allemagne*, 1909, Maloine édit.

par la force d'inertie, et, en cas de besoin, par la violence.

C'est déplorable, mais c'est ainsi. D'ailleurs, le Français, au risque de perdre son individualité qui est la source même de son génie, ne peut devenir ce qu'est l'Allemand, bien défini par Rochaix (1) « le rouage imperceptible de la machine sociale, la partie intégrante d'un ensemble en fonction duquel il s'est habitué à agir scrupuleusement ».

Est-ce à dire qu'on doive abandonner tout espoir d'appliquer avec succès de bonnes mesures sanitaires dans notre pays ? Certes non !

C'est *l'éducation* du peuple français qu'il convient de faire, en matière d'hygiène, et cette éducation sera plus fructueuse si elle est le résultat d'une douce et discrète sollicitation, que si elle est obtenue, comme en Allemagne, « par la manière forte ».

Il est bon de connaître ce qui se fait à l'étranger; mais les exemples qu'on devra mettre sous les yeux du peuple français seront d'autant plus efficaces, qu'ils émaneront d'un peuple libre comme lui.

Or, l'Anglais possède sur la liberté individuelle, des conceptions peut-être plus étendues, certainement plus exactes que les nôtres : c'est la raison qui nous a conduit à étudier en Angleterre, les mesures adoptées dans la lutte contre la tuberculose.

D'ailleurs, avec des moyens en apparence moin-

---

1. *Loc. cit.*

dres, l'Angleterre obtient des résultats du même ordre que ceux de l'Allemagne, ainsi qu'en témoignent les statisques suivantes :

ANNÉES	ALLEMAGNE (1)		ANGLETERRE ET PAYS-DE-GALLES	
	MORTALITÉ GÉNÉRALE	MORTALITE PAR TUBERCULOSE (toutes formes)	MORTALITÉ GÉNÉRALE	MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE (toutes formes)
1900	21,9	*2,0*	18,2	*1,9*
1901	20,6	*1,90*	17,0	*1,8*
1902	19,4	*1,85*	16,0	*1,7*
1903	20,0	*1,85*	15,4	*1,7*
1904	19,6	*1,80*	16,2	*1,8*
1905	19,8	*1,75*	15,2	*1,6*
1906	18,2	*1,60*	15,4	*1,6*

Nous avons étudié dans le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande, les principales mesures dont la lutte contre la tuberculose a été l'objet. Nous verrons successivement :

Comme mesures directes : la législation (2), la déclaration de la maladie, l'hospitalisation des tuberculeux, les sanatoriums, les dispensaires.

Comme mesures indirectes : la surveillance des laits, l'inspection médicale des écoles, les écoles en

1. Chiffres pris dans le travail de Rochaix (*loco citato*).

2. Nous avons placé la législation à la fin de notre étude ; elle n'était pas absolument nécessaire à la clarté de l'exposé.

plein air, le problème de l'habitation hygiénique, les efforts des mutualités et des associations.

Notre désir eût été de joindre à cette étude, l'exposé d'une question qui est liée intimement à la lutte antituberculeuse, *l'alcoolisme*. Mais la campagne antialcoolique qui se poursuit en Angleterre, ne présente rien de bien particulier : du fouillis inextricable des lois sur les *licences*, nous n'avons rien tiré de probant ; aucune mesure véritablement efficace, permettant la limitation des cabarets, n'a encore été édictée ; on s'est contenté d'augmenter leurs charges.

Nous verrons cependant, dans l'étude des *Garden Cities*, que beaucoup de ces « villes nouvelles » ont jugé indispensable de proscrire d'une façon absolue, la vente au détail des boissons alcooliques.

Les mesures que nous étudierons, ne sont pas appliquées dans les différentes contrées du Royaume-Uni, avec la même rigueur et de la même façon. Le principe de la décentralisation est profondément enraciné dans les mœurs de ce pays et découle naturellement des multiples éléments qui le constituent : non seulement l'Angleterre, l'Écosse et l'Irlande sont régies par des lois particulières, mais encore certaines villes ont pu obtenir du Parlement des lois spéciales d'intérêt général.

Nous serons donc tenu d'envisager souvent, pour chaque question, successivement chacune des trois contrées.

CHAPITRE PREMIER

LA DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Dans tout le Royaume-Uni, les autorités sanitaires sont unanimes à considérer la déclaration de la tuberculose pulmonaire, comme d'un intérêt primordial dans la lutte contre cette maladie, et Newsholme, le *Medical Officer of Health du Local Government Board* (1), exprimait l'opinion générale lorsque, dans son rapport au Congrès de 1908 à Washington, il disait :

Il est indispensable qu'avant d'édicter des mesures définitives, concernant la prophylaxie anti-tuberculeuse, dont les autorités sanitaires auront la responsabilité, que celles-ci soient informées exactement de tous les cas de tuberculose diagnostiqués.

Mais, la déclaration de la tuberculose pulmonaire ne pouvait résulter que de nouvelles lois émanant du Parlement, ou de décrets ministériels : on pourra

1. Voir lexique.

voir, en effet, dans le chapitre de la législation, que la loi de 1889 (*Infectious Disease Act 1889*) ne range pas la tuberculose parmi les maladies contagieuses.

Il était donc nécessaire, soit de promulguer des lois spéciales, moyen qui prévalut en Irlande (*Tuberculosis Prevention Ireland Act 1908*),soit de décréter que des lois anciennes, concernant les maladies infectieuses, s'appliqueraient à la tuberculose pulmonaire : ce qui fut fait en Écosse, par l'ordonnance du *Local Government Board*, du 10 mars 1906, et en Angleterre par le décret du *Local Government Board* du 18 décembre 1908 (*Regulations as to Tuberculosis*).

La déclaration est toujours faite par le médecin traitant, au *Medical Officer of Health* du district auquel appartient le malade.

Les conditions que doit remplir un tuberculeux pulmonaire, pour que son cas soit déclarable, sont différentes suivant les localités. Tantôt, comme à Liverpool ou à Newcastle, les autorités sanitaires invitent les médecins à déclarer les cas de tuberculose les plus précoces, tantôt au contraire, comme en Irlande et dans beaucoup de municipalités en Angleterre, un médecin ne peut déclarer un cas de tuberculose pulmonaire, que si le malade expectore des crachats bacillifères.

Le certificat de déclaration, établi par le médecin, comporte divers renseignements concernant le

malade, son entourage et les conditions d'hygiène dans lesquelles il vit (1).

Une indemnité est accordée au médecin traitant pour chaque déclaration ; elle est de 3 fr. 10 pour tout malade de clientèle privée, et de 1 fr. 25 pour les malades appartenant à un établissement hospitalier public.

Quand un médecin ne déclare pas un cas de tuberculose qu'il a diagnostiqué dans l'exercice de sa profession, il est passible de pénalités. En Écosse, en Irlande, il est frappé d'une amende qui ne peut excéder 50 francs. En Angleterre, aucune pénalité particulière n'a été édictée par le décret de 1908; mais le médecin qui ne fait pas la déclaration à laquelle il est astreint, est justiciable d'une amende, applicable à toute infraction aux articles du décret, et qui ne peut excéder 2.500 francs.

LA DÉCLARATION EN ANGLETERRE ET DANS LE PAYS DE GALLES

Déjà, en 1893, la société des *Medical Officers of Health* (2) votait à l'unanimité les résolutions suivantes :

« La société des *Medical Officers of Health*, considérant que la tuberculose pulmonaire est une

---

1. Des modèles de ces certificats sont inclus dans le chapitre concernant la législation.

2. V. lexique.

maladie infectieuse, etc., etc., estimant qu'il est prématuré d'adopter la *déclaration obligatoire* de cette maladie, est d'avis que la déclaration facultative doit être mise en œuvre. »

Ce ne fut qu'en 1899 que quelques villes commencèrent à appliquer la déclaration facultative.

Depuis cette époque, un très grand nombre de municipalités l'ont adoptée, avec des succès variés.

Mais, en raison de la décentralisation des pouvoirs dans le Royaume-Uni, et de l'autonomie des municipalités, les villes de Sheffield et de Bolton avaient obtenu du Parlement, avant l'adoption des lois ou décrets visant spécialement la tuberculose, des lois particulières, leur permettant de mettre en vigueur la *déclaration obligatoire*.

Jusqu'en 1909, c'étaient les deux seules villes d'Angleterre auxquelles ces mesures s'étendaient.

A Londres, c'est en 1902 que quelques districts adoptèrent la *déclaration facultative ;* depuis cette époque, le nombre de districts affiliés à cette mesure augmente tous les ans, et aujourd'hui tous les districts de la capitale l'ont adoptée.

En résumé, jusqu'en 1909, nous voyons les autorités sanitaires de toute l'Angleterre et du Pays de Galles faire un essai plus ou moins timide de la déclaration de la tuberculose pulmonaire ; à cette époque parut un décret ministériel (1) concernant

---

1. Nous avons placé ce décret dans le chapitre de la législation.

exclusivement la tuberculose (*Public Health Tuberculosis Regulations 1908*).

Depuis le 1er janvier 1909, la situation est donc la suivante :

La *déclaration obligatoire* de la tuberculose pulmonaire, en ce qui concerne seulement les malades assistés par les pouvoirs publics (*Poor Law Patients*), est en vigueur dans toute l'Angleterre et le Pays de Galles, mais cette mesure ne s'étend pas aux malades des hôpitaux privés ; aussi, verrons-nous que tous les hôpitaux pour tuberculeux de Londres et la majorité des sanatoriums ne sont pas astreints à la déclaration ; c'est là une grosse lacune; elle est heureusement comblée, en partie, par la bonne volonté des médecins de ces établissements, qui déclarent ceux de leurs malades qui y sont consentants.

Le décret de 1908, constitue un réel progrès, mais non encore définitif, puisque tous les malades autres que les malades assistés par les pouvoirs publics, peuvent échapper à la déclaration (1).

---

1. Au moment où notre travail va être mis sous presse, nous apprenons qu'un nouveau décret a été promulgué le 16 novembre 1911 par le *Local Government Board.*

Ce décret complète celui de 1908.

A partir du 1er janvier 1912, tout médecin praticien devra, sous peine d'amende, déclarer tous les cas de tuberculose pulmonaire qu'il rencontrera dans l'exercice de sa profession (clientèle privée ou malades d'institutions publiques).

Les médecins inspecteurs des écoles ont aussi le devoir de déclarer tous les cas de tuberculose pulmonaire qu'ils décéleront chez les écoliers.

Une circulaire faisant suite au décret, détermine les pouvoirs

Quelques chiffres nous montrent le résultat de cette mesure, comparativement à celui que donnait la déclaration facultative.

A Londres, en 1908, tandis que 21 districts sur 29 avaient adopté le système de *déclaration facultative*, le nombre des cas déclarés fut de 3.166, alors que la mortalité par tuberculose pulmonaire pour ces seuls districts était de 4.330.

En 1909, grâce aux mesures imposées par le décret de 1908, le nombre de cas déclarés s'éleva à 10.097 pour tous les districts de Londres, alors que la mortalité par tuberculose pulmonaire s'élevait à 6.342.

Nous verrons plus loin que, d'après un rapport officiel, il n'y a pas lieu de considérer ces chiffres comme un véritable succès, la plupart des cas déclarés étant ceux de moribonds provenant des infirmeries des « Workhouses ».

LA DÉCLARATION EN ÉCOSSE

Jusqu'en 1906, la tuberculose pulmonaire n'étant pas considérée par la loi comme une maladie infectieuse, ne pouvait être l'objet d'une *déclaration obligatoire*.

---

des autorités locales, en ce qui concerne les secours à donner aux tuberculeux.

Les dépenses ont été prévues dans le *Finance and National Insurance Bill* récemment déposé au Parlement : une somme de *40 millions de francs* sera affectée aux sanatoriums et aux autres institutions, ayant pour objet l'hospitalisation ou le traitement des tuberculeux.

Cependant, en 1903, *la déclaration facultative* était adoptée à Édimbourg.

En 1906, une ordonnance du *Local Government Board* (1) rangeait la tuberculose pulmonaire parmi les malades infectieuses, conformément au *Public Health* (*Scotland*) *Act 1897* et *autorisait* les municipalités à adopter *la déclaration obligatoire*, conformément à *l'Infectious Disease* (*Notification*) *Act 1889*.

A la fin de 1910, 82 municipalités avaient adopté, d'une façon définitive ou transitoire, *la déclaration obligatoire* de la tuberculose pulmonaire.

Nous avons calculé que la population globale constituée par ces municipalités, représentait 51 o/o de la population totale de l'Écosse.

LA DÉCLARATION EN IRLANDE

Le *Tuberculosis Prevention* (*Ireland*) *Act 1908*, loi spécialement destinée à la lutte contre la tuberculose, contient, dans sa première partie, *la déclaration obligatoire* de la tuberculose pulmonaire, mais avec cette restriction, que chaque conseil de comté sera libre de l'adopter ou de la rejeter.

Un règlement d'administration publique, qui fait suite à la loi, prescrit les formes, les degrés de la tuberculose et les circonstances qui doivent présider à la déclaration des cas.

---

1. Nous l'avons placée dans le chapitre de la législation.

Dans l'ordonnance (1) n° 1 de ce règlement, il est dit en substance : « la déclaration ne devra être appliquée qu'aux seuls malades qui, expectorant des crachats bacillifères, vivent dans des conditions telles qu'ils constituent un danger pour leur entourage ou pour la communauté. »

C'est là une mesure considérée comme insuffisante, car elle ne permet pas d'attirer l'attention des autorités sanitaires sur les cas de tuberculose au début, qui, seuls, sont susceptibles de guérison. Cette loi s'intéresse à la communauté et non point au malade.

En mars 1911, 38 municipalités avaient adopté la loi, ce qui représentait 39 o/o de la population globale du pays.

CRITIQUES DONT LA DÉCLARATION A ÉTÉ L'OBJET

La déclaration de la tuberculose, depuis son origine, n'a cessé d'être l'objet de discussions entre les autorités sanitaires et les médecins praticiens.

Il nous a semblé intéressant de rassembler, ici, les critiques auxquelles cette mesure a donné lieu ; elles jettent quelque lumière sur cette question, qui, dans aucun pays, n'a encore été résolue de façon satisfaisante.

Comment expliquer le peu de faveur dont jouit la déclaration de la tuberculose, particulièrement en Angleterre et dans le Pays de Galles ?

---

1. V. la législation de l'Irlande.

Les raisons émanent à la fois du médecin traitant et du public : elles ont été particulièrement bien mises en lumière dans un rapport fait par le Dr Wanklyn au *Local Government Board*, et que nous allons analyser.

Le Dr Wanklyn cherche d'abord à établir une moyenne de morbidité, basée sur la mortalité tuberculeuse ; tout en admettant qu'il puisse être au-dessous de la réalité, il estime qu'en multipliant le nombre des décès par le facteur 5, on arrive approximativement au chiffre de morbidité.

Il constate alors, en appliquant ce calcul, que le nombre des cas de tuberculose pulmonaire déclarés à Londres depuis 1909, c'est-à-dire depuis que la déclaration est obligatoire, n'atteint pas 15 o/o des cas existants.

Pour le rapporteur, cela tient à ce que la plupart des praticiens se refusent à déclarer les cas qu'ils diagnostiquent ; les raisons de ce refus sont les suivantes :

Les uns admettent que le principe de la déclaration en soi est sans intérêt, les services d'hygiène étant incapables, à leurs yeux, d'une action prophylactique effective ; d'autres, et ce sont les plus nombreux, estiment que la déclaration peut nuire à leurs clients et ils ne veulent pas mécontenter ceux-ci en déclarant leur cas. D'autres encore, pensent que la déclaration de la maladie peut avoir comme résultat de faire connaître à leur client une affection qu'ils désirent lui cacher ; ils donnent des exemples, d'après

lesquels certains malades n'auraient eu connaissance de leur état morbide, que par la visite de l'inspecteur d'hygiène envoyé à leur domicile après la déclaration. D'autres, enfin, y voient une violation du secret professionnel, mais ce sont les plus rares.

En somme, la majorité des praticiens estiment que la déclaration de la tuberculose pulmonaire est une source d'ennuis pour le malade, non compensée par les services que peuvent lui rendre les autorités sanitaires.

A ces objections, le Dr Wanklyn répond d'abord que le secret professionnel n'est pas violé par le fait qu'un médecin met un de ses confrères (dans le cas présent le *Medical Officer of Health*) au courant de la situation de son malade, dans l'intérêt de celui-ci et de la communauté ; que, d'autre part, on veille à ce que la plus grande discrétion soit observée par les employés du bureau de déclaration ; que, si le praticien craint, ou ne trouve pas nécessaire l'intervention de l'inspecteur d'hygiène au domicile de son malade, il est toujours en droit de spécifier dans son rapport qu'il se charge lui-même de faire désinfecter et de donner les conseils nécessaires à l'entourage de son malade.

D'ailleurs, les difficultés surgissent surtout quand il s'agit de la classe aisée, et les statistiques le démontrent bien. L'arrondissement de Westminster est habité principalement par des gens riches ; or, la déclaration facultative, appliquée en 1908 dans cet arrondissement, a donné lieu à 2.365 déclarations,

dont 2.112 (soit 89 o/o) proviennent de malades appartenant à la classe pauvre.

D'un autre côté, l'opinion publique ne s'est pas encore accoutumée à l'idée de la déclaration de la tuberculose ; s'y accoutumera-t-elle ?

S'il peut être indifférent à un individu quelconque, que son cas de scarlatine, de variole, de fièvre typhoïde, soit déclaré et connu, il n'en est plus de même quand il s'agit de tuberculose pulmonaire ; cette maladie *tare* l'individu au regard de la société : sa durée, sa gravité habituelle, le danger de contagion qu'elle implique, sont des raisons suffisantes pour empêcher, par exemple, le tuberculeux de gagner sa vie si quelque indiscrétion est commise au sujet de la déclaration de son cas.

Il est aussi d'autres raisons d'ordre psychologique.

Pour qu'un tuberculeux permette à son médecin de déclarer son cas (et celui-ci ne le fera guère sans l'assentiment de son client, quelles que soient les rigueurs de la loi), il faut que le malade y voie un intérêt personnel ; il faut qu'il puisse espérer que, grâce à la déclaration, les pouvoirs publics viendront à son aide, qu'on lui trouvera une place dans un hôpital spécial, dans un sanatorium, et qu'on donnera des secours matériels à sa famille, durant son absence, s'il en est besoin.

La question de désinfection l'intéresse peu ; le danger de contamination des siens, quand elle ne le laisse pas indifférent, ne lui apparaît pas comme une chose inéluctable.

Il est un autre point signalé par le Dr Wanklyn, et qu'il est intéressant d'envisager :

Il importerait, dans l'intérêt du malade, que les déclarations fussent faites dès que le médecin découvre les premiers symptômes de la tuberculose.

Or, la grande majorité des cas déclarés sont ceux de malades absolument incurables.

Les raisons pour le rapporteur en sont les suivantes :

D'abord, dans la classe pauvre, les tuberculeux n'appellent le médecin, la plupart du temps, que lorsqu'ils ne peuvent plus travailler et que leurs lésions sont très avancées ; d'autre part, pour quelques districts d'Angleterre et en général pour l'Irlande, l'exigence des autorités sanitaires est défavorable au « dépistage » des cas précoces.

Dès que la déclaration fut mise en vigueur dans le Royaume-Uni, beaucoup de districts, en adoptant cette mesure, craignirent que des cas de bronchite non tuberculeuse, ou d'affections simulant un début de tuberculose, ne fussent déclarés comme tuberculose pulmonaire.

Ils redoutaient cela, principalement pour des raisons d'ordre budgétaire, étant donné les indemnités à payer aux médecins, et les frais qu'entraîne la déclaration.

Ce fut une raison qui poussa beaucoup de bureaux d'hygiène, à n'accepter la déclaration que dans les cas où le malade expectorait des crachats bacillifères, c'est-à-dire, quand il était dangereux pour la com-

munauté ; cette mesure fait perdre tout le bénéfice possible d'un traitement précoce, et elle va à l'encontre des règles actuelles de la prophylaxie, qui encouragent le « dépistage » des cas de tuberculose au début.

Il semble bien évident que la déclaration de la tuberculose pulmonaire n'aura une application générale, que lorsque les médecins et les malades seront bien persuadés qu'elle impliquera, de la part des pouvoirs publics, des secours immédiats, suffisants et efficaces.

Ces secours, les municipalités sont-elles capables de les donner ? Rarement, au dire des autorités que nous avons consultées.

Ce sera toujours une bien lourde charge pour les fonds publics.

Les municipalités qui possèdent ou entretiennent des sanatoriums sont encore rares, ces établissements eux-mêmes sont en petit nombre.

En somme, il est probable que les pouvoirs publics, à eux seuls, seront toujours impuissants à soulager les tuberculeux d'une façon suffisante.

Tant que l'assurance obligatoire contre la maladie ne sera pas en vigueur, on devra avoir recours à l'assistance privée.

Nous verrons, dans le chapitre des « efforts collectifs », comment ce problème semble devoir être résolu en Angleterre.

CHAPITRE II

COORDINATION DES MESURES ANTI-TUBERCULEUSES

La déclaration de la tuberculose pulmonaire n'est pas un but, mais un moyen : cette institution doit servir de point de départ à un ensemble de mesures, dont l'objet sera de « dépister », de soigner, le plus hâtivement possible, le tuberculeux, et de diriger son traitement de telle sorte, qu'il puisse un jour être capable de reprendre ses occupations anciennes.

Elle donnera lieu aussi à la désinfection au domicile du malade et à toutes les mesures de prophylaxie nécessaires pour éviter la contamination de son entourage.

Toutes ces mesures ont été discutées, pour chacune des trois contrées du Royaume-Uni, dans des circulaires dites *mémorandums*, élaborées par le *Chief Medical Officer of Health* (1) de chaque *Local Government Board* : ces circulaires ont été envoyées à toutes les autorités sanitaires du pays. Elles constituent un plan général des mesures que chaque municipalité doit prendre pour lutter contre la tuberculose.

1. V. lexique.

Il nous a paru sans intérêt de reproduire ces *mémorandum* ; nous avons préféré les schématiser par les deux plans proposés par Newsholme (1) et qui sont conçus exactement dans l'esprit des circulaires.

Le premier expose le rôle du *Medical Officer of Health*, le second concerne exclusivement le malade.

---

1. *The Prevention of Tuberculosis*, p. 412-413.

TABLEAU I

LE MEDICAL OFFICER OF HEALTH	Reçoit la déclaration des cas de tuberculose pulmonaire	des médecins praticiens, des hôpitaux, des dispensaires, des membres du bureau de bienfaisance et de toutes les institutions qui, en général, hospitalisent les malades.	Il est ainsi mis en relation directe avec le malade.
	Est le chef responsable des services suivants	logements insalubres, inspection des aliments pouvant véhiculer le bacille de la tuberculose, règlements contre l'expectoration.	Il peut ainsi contrôler le milieu où vit le malade et prendre des mesures de prophylaxie nécessaires.
		examens bactériologiques ayant trait à la tuberculose.	
		organisation des sanatoriums municipaux.	
	Est le conseil de la commission scolaire et à ce titre	doit recevoir la déclaration concernant les enfants tuberculeux ou prédisposés à cette maladie ; doit surveiller les conditions sanitaires des écoliers.	
		doit organiser des cours d'hygiène dans les écoles.	
	Est en relation directe avec	l'institution des « Boards of Guardians »	Qui sur ses conseils secourt les malades pauvres.

TABLEAU II

CE QUE DEVIENT LE MALADE APRÈS LA DÉCLARATION DE SON CAS, AU SERVICE D'HYGIÈNE

I. — LE MALADE EST TRAITÉ A LA MAISON :

1° Sous la surveillance de son médecin ou du dispensaire, ou du service des « out patients[1] » de l'hôpital de son district ;

2° Sous la surveillance du bureau d'hygiène : il est visité par le Medical Officer of Health ou l'un de ses assistants :

a) qui ordonne et surveille le nettoyage et la désinfection de l'habitation,

b) qui donne des instructions et distribue des brochures concernant les mesures de prophylaxie générale,

c) qui distribue des mouchoirs de papier et des crachoirs de poche,

d) qui donne des bons de visite pour le dispensaire ou l'hôpital aux autres membres de la famille suspects de tuberculose,

e) qui fait pratiquer gratuitement l'examen des crachats ;

3° Des secours matériels lui sont donnés par les sociétés de secours mutuels, les « Boards of Guardians » ou les institutions de charité privée ;

4° Dans le cas où le malade appartient à un dispensaire antituberculeux, c'est celui-ci qui se charge de toutes les mesures indiquées ci-dessus.

II. — LE MALADE EST ADMIS AU SANATORIUM :

1° Pendant ce temps le service d'hygiène pratique la désinfection de l'appartement, de la literie et des objets ayant pu être contaminés par le malade ;

2° Des secours matériels sont donnés aux membres de la famille dans le cas où le malade est soutien de famille.

III. — LE MALADE EST ADMIS A L'HOPITAL POUR CAS AVANCÉS :

Actuellement, dans beaucoup de districts, il ne s'agit pas là d'un hôpital spécial, mais simplement de l'infirmerie des « Workhouses[2] ».

1. et 2. Voir lexique.

Ce plan a été adopté plus ou moins exactement par beaucoup de municipalités.

Il en est qui, comme Sheffield, ont estimé que le bureau d'hygiène devait être à la base du système et qu'un dispensaire était inutile ; d'autres, comme Édimbourg, placent en tête des mesures le dispensaire privé, tout en admettant la collaboration des autorités sanitaires.

Nous décrivons plus loin le fonctionnement du dispensaire d'Édimbourg, qui joue un grand rôle dans la lutte anti-tuberculeuse en Écosse et qui tend d'ailleurs à se répandre dans toute l'Angleterre.

Mais, parmi les villes dont nous avons étudié le système « anti-tuberculeux », c'est évidemment à Manchester que nous avons trouvé le plus de cohésion, le plus d'harmonie dans les détails.

Nous prendrons donc comme exemple le système de Manchester.

SYSTÈME ANTI-TUBERCULEUX DE MANCHESTER

Depuis onze ans, il existe à Manchester, au bureau d'hygiène, une organisation parfaite, créée par le Dr Niven *Medical Officer of Health*, en vue de la lutte anti-tuberculeuse.

Un bureau spécial reçoit les déclarations des cas de tuberculose pulmonaire ; des fiches y sont établies en double expédition, qui servent à constituer deux sortes de classement :

1° Un classement d'après les *noms* des malades, qui permet de se rendre compte si un cas déclaré nouvellement a été l'objet d'une déclaration antérieure ;

2° Un classement par *adresses*, qui permet d'établir l'historique de chaque maison, en ce qui concerne l'infection tuberculeuse.

Voici le modèle de la fiche de classement par adresses (1) :

---

1. La fiche de classement par *noms* est analogue à celle-ci.

(Recto)

TUBERCULOSE — **CLASSEMENT PAR ADRESSES**

District sanitaire de	N° de la maison	Nom de la rue . . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .
. . . . .	. . . . .	. . . . .

Nombre de	Mansardes	Chambres à coucher	Pièces communes	Dépendances
La maison est-elle	Libre sur les 2 façades	Dos à dos	Avec caves	Sans caves
	Bien ou mal éclairée	Sèche ou humide	Propre ou sale	Séparée ou attenante
Les cabinets sont-ils	A chasse d'eau	à fosse sans chasse	Près de la cuisine	Si non, à quelle distance

DATE DE L'ENQUÊTE . . . . . (T. S. V. P.)

(VERSO)

NUMÉRO ET DATE	NOM	SEXE	AGE	PENSIONNAIRES OU MEMBRES DE LA FAMILLE	PROFESSION	NATURE DE LA MALADIE	HABITE DEPUIS	EST MALADE DEPUIS	DÉSINFECTION

Le nom et l'adresse du malade sont ensuite donnés à un médecin inspecteur (assistant) chargé de l'enquête à domicile. Celle-ci donne lieu à un rapport du modèle ci-joint :

ENQUÊTE SUR UN CAS DE TUBERCULOSE

1. District sanitaire de..... n°.....
2. Adresse :.....
3. Nom :.....Sexe.....Age.....
4. Médecin traitant..... institution.....
   Inspecteur sanitaire :.....
5. Date de la déclaration :..... Date de la visite.....
6. Depuis combien de temps l'individu est-il malade ?...
   Date de la mort.....
7. Habite ici depuis..... Isolement.....
   L'individu est-il marié ?.....
   Habite Manchester depuis.....
8. Propriétaire de l'immeuble..... Régisseur.....
   Loyer .....
9. *Conditions de salubrité de la maison* : Libre sur les deux façades ou dos à dos.... Nombre de pièces :... Leur état..... Rez-de-chaussée humide ou sec..... avec, sans caves..... y a t-il encombrement des habitants ?..... Pièce commune bien, mal éclairée.....
   Chambre à coucher : humide, avec cheminée. Propre.
   Condition de la cour : grande, petite, ouverte, close, dalles en bon, mauvais état.
   Drainage : Conduites en plomb, brique, récemment bouchées. Inoffensives.
   Condition des cabinets d'aisance et éviers, leur système.....
   Les cabinets sont-ils adjacents à la cuisine ?.....
   si non, à quelle distance.....

Cuvette, et tuyauterie en bon, en mauvais état.....
Parquet sec, humide, effondré, désencombré.....
Y a t-il lieu de les vider ?.....

10. Si le malade n'a pas contracté sa maladie ici, donner les adresses précédentes et le temps qu'il y a demeuré :....

11. Condition des maisons précédemment habitées :.....

12. Y a-t-il eu des cas de phtisie dans ces maisons avant que le malade y habitât ?.....

13. Description des autres membres de la famille avec leur âge..... Budget approximatif.....

14. Certains membres de la famille ont-ils été tuberculeux ?

Père	.....	Oncles ou tantes paternels	.....
Mère	.....	Oncles ou tantes maternels	.....
Frères ou sœurs	.....	Mari ou femme	.....
Parents du mari ou de la femme	.....	Enfants	.....

15. Y a-t-il d'autres membres de la famille malades en ce moment ? Quelle est la nature de leur affection ?.....

16. Détails sur l'état physique des autres membres de la famille :

.....

17. Est-il avéré que le malade a été intimement en contact avec un tuberculeux quelques années auparavant et à quelle période de la maladie était ce tuberculeux ? Etais-ce :

1° Un membre de sa famille.....
2° Un parent.....
3° Un ami.....
4° Un camarade de travail.....

18. *Profession*. — Si le malade a quitté l'école ou l'atelier pour cause de maladie, en donner la date.....

19. *Genre de travail*.....

20. *Genre d'atelier*.....

21. Le malade est-il étroit de poitrine ?.....
Faible ou vigoureux ?.....
22. Le malade a-t-il eu un accident ou souffert d'une maladie, avant de contracter la tuberculose ?.....
23. A-t-il eu une vie pénible ?.....
24. Habitudes du malade ?.....
25. En cas de tuberculose de l'intestin, indiquer la provenance du lait, durant les six mois qui précédent la maladie ?.

.....

26. La famille désire-t-elle que la maison soit désinfectée ?
27. Précautions prises à l'école ou à l'atelier .....
28. Source de l'infection :.....
Durée de son contact avec la source d'infection.....
29. Enquêtes faites.....
30. Hôpital.....
31. Examen des crachats.....
32. Objets fournis au malade (crachoirs, mouchoirs, etc).

.....

33. Instructions données.....
a) Au chef de famille :.....
b) Au malade :.....
Nettoyage satisfaisant effectué.....
Blanchissage.....
34. Médecin traitant (nouveau).....
35. Changements d'adresse :.....

.....

36. Résultats :.....

.....

37. *Etat du malade.*— Il travaille. Il ne travaille pas, il est ou n'est pas en état de circuler..... il est alité ;.....

.....

38. Remarques générales .....

.....

.....

Date..... Signature.....

Après le rapport de l'assistant médical, un inspec-

teur sanitaire fait, au domicile du malade, une enquête ayant pour but de se rendre compte si la désinfection est nécessaire ; cet agent remplit un imprimé du type ci-joint, qui est transmis au bureau de désinfection et donné à l'employé qui sera chargé du travail.

La désinfection est surveillée par un inspecteur sanitaire, qui appose sa signature sur l'imprimé ci-joint, une fois le travail achevé.

RAPPORT DE L'INSPECTEUR

Nom de l'inspecteur..... n° du district.
Adresse du tuberculeux.....
Date..... Le travail doit être fait le...

La désinfection suivante doit être faite dans la maison nommée ci-dessus. Le malade... est chez lui... a déménagé... est à l'hôpital... est mort.

Salon.....
Salle à manger.....
Cuisine.....
Dépendances de la cuisine.....
Corridors.....
Chambres à coucher.....
Salle de bains.....
Palier.....
Cabinets.....
Doivent être également lavés avec la solution de chlorure de chaux, les articles de mobilier, les planchers, les boiseries.....
Transférer à l'usine de..... pour être désinfectés.....
lits.....literies..... matelas.....

rideaux..... tapis..... vêtements.....
Téléphoné à l'usine le.....

Nota. — Les inspecteurs sanitaires devront surveiller le travail et s'assurer que la solution antiseptique soit bien au titre voulu.

J'ai inspecté le travail détaillé ci-dessus après l'opération de la désinfection, et certifie que le travail a été fait d'une façon satisfaisante.

Heure de l'entrée des ouvriers dans la maison :.....
Heure à laquelle le travail a été terminé :.....

Date..... Signature de l'inspecteur.....

PROCÉDÉS DE DÉSINFECTION

Dans les logements bien tenus, on lave simplement les planchers, les boiseries et les meubles avec une solution de savon noir.

Quand les papiers de tentures sont propres et en bon état, on les frotte avec une pâte obtenue en malaxant de la farine avec de l'eau. Ce procédé est très en faveur à Manchester et considéré comme beaucoup plus efficace que la pulvérisation d'antiseptiques.

Dans les logements mal tenus, on exige le remplacement du papier et l'encollage du plafond, mais avant ces réparations, on désinfecte les planchers, les murs, les meubles, etc., avec une solution de chlorure de chaux à 10 grammes par litre (le chlorure de chaux employé doit titrer 35 o/o de chlore actif).

Les vêtements et la literie sont désinfectés par la vapeur d'eau sous pression.

Les chaussures, les livres et en général les objets qui pourraient être altérés par la vapeur d'eau ou l'hypochlorite, sont passés dans une chambre à formol.

PRÉCAUTIONS PERSONNELLES EXIGÉES DU MALADE

Le malade doit employer un crachoir, des mouchoirs de papier ; le bureau d'hygiène fournit aux malades deux sortes de crachoirs, l'un en verre et portatif, l'autre en carton bitumé, combustible, destiné à être employé dans l'appartement et qui doit être remplacé tous les jours.

Les mouchoirs de poche en papier japonais sont considérés comme trop perméables. Le bureau d'hygiène distribue des papiers huilés imperméables et résistants.

Il est recommandé au malade de nettoyer son crachoir de verre avec une solution de soude chaude et une brosse spéciale ; tout le matériel nécessaire lui est fourni également par le bureau d'hygiène.

HOSPITALISATION DES TUBERCULEUX

La municipalité de Manchester a 70 lits à sa disposition, répartis dans deux sanatoriums des environs.

Les cas avancés sont reçus par deux hôpitaux spéciaux, situés en dehors de la ville.

L'an dernier, les *Guardians* de Manchester ont pu, grâce à des donations, acquérir un terrain de 110 hectares dans le Pays des Galles, où ils se proposent d'appliquer les méthodes de plein air, pour le traitement des tuberculeux des infirmeries des *Workhouses* et des *Unions Hospitals*.

A sa sortie de l'hôpital ou du sanatorium, le malade est à nouveau l'objet de fréquentes visites de la part des inspecteurs sanitaires, qui font des rapports du modèle ci-joint :

CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

Nom.....District.....

Adresse.....

Était au sanatorium de.....

1. Les précautions prescrites par le *Medical Officer of Health*, en ce qui concerne les crachats et le nettoyage humide, sont-elles suivies régulièrement ?.....

2. L'état du malade s'améliore t-il ?.....

3. Gagne-t-il ou perd-il du poids ?.....

4. La toux est-elle devenue plus ou moins violente ?.....

5. Le malade crache-t-il plus ou moins ?.....

6. Le malade a-t-il une nourriture saine et suffisante ....

7. Quel est le nombre des membres de la famille, travaillant.....

8. Quel a été le genre d'occupations du malade depuis son retour ?.....

9. Où le malade travaille-t-il actuellement ?.....

10. Combien de temps le malade a-t-il travaillé depuis sa

sortie du sanatorium ?.....

11. Y a t-il un danger pour la santé du malade à ce qu'il continue à travailler dans les conditions présentes ?.....

Date.....Signature de l'Inspecteur sanitaire....

INSPECTION DES LAITS ET DES LAITERIES

Cette inspection, très minutieusement faite, est décrite dans le chapitre V.

Nous donnons ci-dessous quelques statistiques de mortalité par tuberculose, qui prouvent la décroissance considérable de cette maladie depuis dix ans, et démontrent l'efficacité du système en vigueur à Manchester.

	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
Mortalité générale pour 1.000 habitants.....	21.6	20.0	19.4	20.9	17.8	19.0	17.9	18.1	17.7	15.9
Mortalité par tuberculose pulmonaire pour 1.000 habitants.....	2.09	2.08	1.85	1.98	1.56	1.71	1.70	1.65	1.70	1.49
Mortalité par tuberculose pulmonaire pour 100 décès par mortalité générale....	9.70	10.4	9.4	9.9	8.7	10.0	9.4	9.4	9.6	9.4

CHAPITRE III

LES DISPENSAIRES ANTI-TUBERCULEUX

En Grande-Bretagne, on a suivi de très près le mouvement français des dispensaires. Le préventorium du Dr Calmette, en particulier, a excité plus que tout autre l'intérêt des milieux médicaux.

Mais, bien que l'impulsion ait été donnée de la façon la plus magistrale par le Dr Philip à Édimbourg, le mouvement des dispensaires est à peine ébauché ; à Londres, dans le quartier de Paddington, le Dr Williamson, actuellement *Medical officer of Health* d'Édimbourg, a créé un dispensaire sur le système du Dr Philip ; d'autres créations sont en vue à Londres.

En Irlande, nous retrouvons des institutions de ce genre créées soit sur le modèle du Dr Philip, soit sur le modèle du préventorium du Dr Calmette.

Une campagne est actuellement entreprise, ayant pour but la création d'un grand nombre de dispensaires ; la plupart des médecins praticiens, en dehors peut-être de quelques *Medical Officers of Health*, estiment que cette institution est d'une utilité indiscutable, dans la lutte contre la tuberculose.

Nous croyons devoir décrire le dispensaire du Dr Philip, qui peut être pris comme le prototype de ces institutions en Grande-Bretagne.

ROYAL VICTORIA DISPENSARY FOR CONSUMPTION

(Édimbourg. Fondé en 1887)

Le fonctionnement de ce dispensaire comprend :

1° L'examen du malade qui vient à la consultation ;

2° La prescription d'un traitement conforme à l'état du malade ou son envoi à l'hôpital ou au sanatorium ;

3° Les visites au domicile du malade et la surveillance de son entourage ;

4° La coopération avec des institutions officielles ou privées.

Examen des malades. — Les malades qui viennent au dispensaire y sont envoyés par les médecins privés, les médecins des hôpitaux, les inspecteurs sanitaires.

Ils sont examinés par un des médecins attachés à l'établissement : s'ils ne sont pas tuberculeux ou suspects de tuberculose, ils sont dirigés sur les hôpitaux auxquels ressortissent leurs affections ; si le cas est douteux et que le malade expectore, l'examen bactériologique des crachats est fait immédiatement. S'ils sont tuberculeux, on prend l'histoire

de leur maladie, on s'enquiert de leurs antécédents familiaux, de la santé de leur entourage, etc.

On constitue alors une fiche, qui reste au dispensaire.

La déclaration du cas est faite au *Medical Officer of Health* du district auquel le malade appartient.

Si le tuberculeux a été antérieurement soigné par un médecin particulier, on avise celui-ci du passage de son malade au dispensaire.

Traitement des tuberculeux. — Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° Le malade peut être soigné à son demicile :

Dans ce cas on lui donne, ainsi qu'à son entourage, toutes les indications nécessaires à son traitement, on lui distribue des médicaments, des antiseptiques, des crachoirs de poche et des mouchoirs de papier.

2° Le malade accepte d'être hospitalisé :

a) Il présente des lésions peu avancées, auquel cas il est envoyé au sanatorium ;

b) Ses lésions ne sont plus curables, et alors il est envoyé dans les hôpitaux pour cas avancés.

3° Le cas est celui d'un enfant délicat, prédisposé à la tuberculose : il est envoyé dans un « home » de convalescence ou dans une école en plein air.

Visite au domicile du malade et surveillance de l'entourage. — Quand le malade est soigné à domicile, il reçoit les visites fréquentes d'un des médecins du dispensaire et celles d'une nurse ; le premier exa-

mine le malade,ordonne le traitement et s'enquiert, avec soin, de l'état de santé des membres de la famille du malade ; si l'un d'eux lui semble suspect, il l'envoie à la consultation du dispensaire.

La nurse surveille les conditions sanitaires du logement, arrange la chambre du malade, s'assure que les recommandations qui ont été données sont bien exécutées ; elle cherche à connaître la situation pécuniaire du malade, afin de mettre celui-ci, en cas de besoin, en relation avec des institutions de charitables. Enfin, elle fait un rapport dont le modèle est ci-joint et qui est conservé au dispensaire pour l'établissement des statistiques.

ENQUÊTE CONCERNANT LES MALADES DU DISPENSAIRE

N°.....Date.....
Nom.....Age.....
Adresse.....Marié ou célibataire ?.....
Profession.....Le malade a-t-il récemment changé de profession.....
Peut-il travailler le temps réglementaire ?.....ou seulement partie du temps.....Est-il alité ?.....
Depuis combien de temps est-il malade ?..... Emplacement de la maison (dimension). Quel étage habite-t-il ?...
Genre de voisinage.....
Nombre et âge des habitants.....
Nombre et description des pièces.....
Aspect général de la maison (propre, humide, poussiéreuse, malsaine).....
.....
Nombre de fenêtres..... Peuvent-elles s'ouvrir?
Sont-elles tenues ouvertes.....

a) Durant le jour.....

b) Durant la nuit.....

A-t-on toujours eu l'habitude de les garder ouvertes ?.....

Le malade couche-t-il seul ?.....

a) Dans son lit ?.....

b) Dans sa chambre ?.....

Comment procède-t-on à la lessive du linge ?.....

Depuis combien de temps le malade est-il dans cette maison ?.....

S'il a déménagé depuis deux ans, quelles étaient ses précédentes adresses ?.....

.....

Y a-t-il eu des cas de maladie ou de mort dans la présente maison ?.....

a) Durant l'occupation actuelle ?.....

b) Durant l'occupation précédente ?.....

Le malade a-t-il été exposé à l'infection ?.....

a) Chez lui.....

b) A son atelier.....

c) Parmi ses amis.....

Condition de santé des autres habitants.....

.....

Quelles sont les précautions prises en vue de la désinfection ?.....

.....

Y a-t-il du bacille tuberculeux dans les crachats ?.....

Y a-t-il du bacille tuberculeux dans les poussières de la chambre ?.....

Régime diététique du malade.....

Est-il sobre ?.....

Noter sa condition (aisé ? indigent ?).....

Budget approximatif de la famille.....

Le malade est-il assisté par une société amicale, religieuse, ou par l'assistance publique ?.....

Signature du Rapporteur.....

Signature du *Medical Officer*.....

Coopération avec des institutions officielles ou privées

Les relations du dispensaire avec le bureau d'hygiène sont très étroites. Sur la demande des médecins de l'institution, le service d'hygiène procède à la désinfection des logements, de la literie, etc., etc.

Le dispensaire est aussi en contact avec les hôpitaux pour tuberculeux et les sanatoriums (1). Il peut sur sa recommandation, y faire hospitaliser des malades.

Enfin, il est en relation avec les institutions charitables qui donnent des secours matériels aux malades ou à leur famille, dans le cas où le chef de famille est en traitement à l'hôpital.

Comme on le voit, le dispensaire du Dr Philip forme le noyau du système anti-tuberculeux. C'est grâce à lui que les tuberculeux sont déclarés au bureau d'hygiène, qu'ils sont traités avec méthode et répartis dans les établissements d'hospitalisation qui sont indiqués par leur état.

C'est grâce à lui ,enfin, que les malades pauvres sont mis en relation avec les institutions de charité qui peuvent les secourir.

---

1. Le dispensaire d'Édimbourg possède un hôpital et un sanatorium subventionnés par la municipalité.

CHAPITRE IV

HOSPITALISATION DES TUBERCULEUX
SANATORIUMS

En Angleterre, les hôpitaux généraux ne reçoivent pas les tuberculeux pulmonaires, tout au moins à Londres ; nous verrons que, dans certaines villes, il peut y avoir une dérogation à cette habitude, mais sous certaines réserves.

L'Angleterre semble avoir été le premier pays qui ait eu l'idée de créer des hôpitaux spéciaux pour les tuberculeux pulmonaires, à une époque où la question de contagion n'était même pas soupçonnée.

C'est ainsi que le *Royal Sea-Bathing Hospital* de Margate fut créé en 1791 ; cet hôpital était même disposé de telle sorte, que les malades pouvaient y faire la cure d'air.

Le *Brompton Hospital for Consumption*, actuellement l'un des plus importants hôpitaux pour tuberculeux, fut fondé en 1841.

Cette mesure très ancienne, qui consistait à isoler les tuberculeux, avait intéressé Koch ; dans un rapport en 1901, ce savant lui attribuait la faible mortalité tuberculeuse qui avait toujours été cons-

tatée en Angleterre, relativement à l'époque et aux autres pays.

Les institutions qui hospitalisent les tuberculeux, sont les suivantes :

1° Les infirmeries des *Workhouses* (1) ;

2° Les hôpitaux spéciaux pour tuberculeux ;

3° Les hôpitaux d'isolement pour maladies contagieuses.

4° Les hôpitaux pour cas avancés (rarement spéciaux et la plupart du temps constitués par les hôpitaux d'isolement et les *Union Hospitals*) (2).

5° Les sanatoriums.

INFIRMERIES DES WORKHOUSES

Les *Workhouses* sont des asiles pour pauvres, possédant un hôpital et dirigés par les *Boards of Guardians*.

Le *Poor Law Act* (3) de 1879, autorise les *Boards of Guardians* à soigner dans l'infirmerie de leurs asiles les malades pauvres. Cette mesure s'est étendue aux tuberculeux et actuellement ceux-ci constituent la plus grande partie des malades admis dans ces institutions.

C'est là une mesure qui est contraire au procédé habituellement suivi en Angleterre ; les infirmeries

---

1. V. lexique.
2. V. lexique.
3. Loi concernant les malades assistés.

des *Workhouses* étant toujours très encombrées, doivent la plupart du temps recevoir les phtisiques dans la salle commune. Le Dr Newsholme, dans son étude sur la prophylaxie anti-tuberculeuse, critique cette mesure et la considère comme devant créer des foyers de contagion.

Nous devons cependant ajouter que, dans la mesure de leurs moyens, les *Boards of Guardians* envoient leurs malades curables dans des sanatoriums; d'autre part, quand les *Workhouses* possèdent des terrains libres autour des infirmeries, un traitement de plein air est institué pour les tuberculeux qui ne peuvent être envoyés au sanatorium.

HOPITAUX SPÉCIAUX POUR TUBERCULEUX

Comme nous l'avons dit plus haut, l'origine de ces hôpitaux est très ancienne; malheureusement, ces établissements ne sont pas nombreux; Londres en possède une dizaine. Nous avons visité l'un deux, le *Mount Vernon Hospital*. Il est très confortablement installé; les salles, aux fenêtres toujours ouvertes, ne contiennent que peu de lits, les murs sont agréablements ornés; de grandes vérandas, exposées au midi, servent de galeries de repos. Dans les réfectoires, les repas sont servis sur des petites tables couvertes de nappes blanches et garnies de fleurs; enfin, détail qui a son importance, les cuisines sont placées au dernier étage de

l'hôpital, afin que les odeurs n'indisposent pas les malades.

Comme dans la plupart des hôpitaux spéciaux en Angleterre, les malades ne sont reçus dans les hôpitaux pour tuberculeux, que munis d'une lettre de recommandation d'un souscripteur ou d'un donateur (1).

Cette mesure n'apparaît pas *a priori* comme très égalitaire ; en réalité, le malade pauvre se procure très facilement une lettre d'introduction ; tous les bourgeois anglais, même peu aisés, participent à l'entretien d'un ou de plusieurs hôpitaux. Nous aurons souvent l'occasion de constater combien est grand l'altruisme de l'Anglais, à quel point ce dernier est charitable.

Beaucoup de ces hôpitaux spéciaux ont un sanatorium comme dépendance : nous décrirons plus loin le *Brompton Hospital Sanatorium* qui dépend de *Brompton Hospital* pour tuberculeux de Londres.

Dès qu'un cas de tuberculose paraît susceptible d'être amélioré par la cure d'air, l'hôpital envoie le malade à son sanatorium, s'il y a une place vacante. Au contraire, quand un malade est atteint de tuberculose avancée, s'il n'y a plus l'espoir même d'une amélioration, il est dirigé sur un hôpital pour cas avancés.

---

1. Chaque souscripteur ou donateur a droit à un certain nombre de lettres de recommandation par an.

HOPITAUX POUR CAS AVANCÉS

Comme leur nom l'indique, ils sont destinés à recevoir les tuberculeux non susceptibles d'amélioration ; ce sont des asiles où les malades peuvent attendre la mort. Cette institution est excellente, car elle permet d'éviter l'encombrement des hôpitaux spéciaux, des hôpitaux d'isolement, des infirmeries des *Workhouses*. Malheureusement, ces hôpitaux sont en trop petit nombre, et la plupart du temps les tuberculeux avancés restent jusqu'à leur fin dans les hôpitaux d'isolement, dans les infirmeries des *Workhouses*, dans les *Unions Hospitals*.

HOPITAUX D'ISOLEMENT POUR CONTAGIEUX, UTILISÉS POUR LES TUBERCULEUX

La question d'hôpitaux spéciaux pour tuberculeux intéresse beaucoup les municipalités ; mais une raison budgétaire empêche la plupart d'entre elles d'en posséder. Aussi peut-on voir encore, dans quelques villes, des tuberculeux reçus par les hôpitaux pour maladies générales : dans ce cas, des salles spéciales leur sont affectées et ils sont isolés systématiquement des autres malades.

La plupart des grandes villes utilisent depuis quelques années les hôpitaux d'isolement pour contagieux.

Comme la tuberculose n'est pas rangée dans la liste des maladies contagieuses réglées par l'*Infectious Disease Act 1889*, pendant plusieurs années, les tuberculeux ne purent être admis dans les hôpitaux d'isolement. Grâce à l'article 26 du *Isolation Hospital Act 1893* qui, en substance, dit que « le terme de maladie contagieuse pourra s'appliquer à des affections autres que celles dont la déclaration est obligatoire », les hôpitaux d'isolement purent être utilisés en vue de l'hospitalisation des tuberculeux.

D'autre part, l'article 3 du *Isolation Hospital Act 1901* autorisa l'administration des hôpitaux à entrer en rapports avec les municipalités, pour effectuer l'isolement des tuberculeux pulmonaires.

Grâce à ces mesures administratives, la plupart des municipalités qui ne possèdent pas d'hôpitaux spéciaux, envoient leurs tuberculeux dans les hôpitaux d'isolement. C'est là une sage institution ; les hôpitaux de contagieux sont tous construits par pavillons séparés ; ils sont en général éloignés des villes, de telle sorte que les tuberculeux peuvent très souvent jouir d'une cure d'air durant leur séjour.

Ce système est appliqué à Manchester, à Sheffield, à Leicester, à Lewes, à Northampton et dans beaucoup d'autres villes.

A Brighton, le système d'isolement est appliqué surtout en vue de l'éducation des tuberculeux : les malades sont reçus dans un pavillon très isolé de

« l'hôpital pour maladies contagieuses » ; on les y garde un mois seulement ; des jardins entourant le pavillon permettent de pratiquer la cure de sanatorium, les malades étant placés sous des tentes abris.

On enseigne aux malades à dormir au grand air ; on leur montre comment on doit désinfecter les crachats, utiliser les crachoirs de poche et les mouchoirs de papier; pendant leur séjour à l'hôpital, leur maison, leur literie, leurs vêtements sont désinfectés ; des nurses vont à domicile pour instruire l'entourage du malade des méthodes de plein air et des précautions à prendre pour leur propre sauvegarde. Quand ils ont réintégré leur domicile, les malades sont visités périodiquement par les médecins du bureau d'hygiène ; on leur donne des secours matériels si c'est nécessaire.

Le plus grand nombre des phtisiques indigents y trouvant des avantages, acceptent très volontiers d'aller à l'hôpital d'isolement, et la municipalité peut ainsi établir un contrôle efficace des tuberculeux appartenant à la classe pauvre.

SANATORIUMS

Au cours de cette étude, nous ne considérerons que les sanatoriums publics. En Angleterre on considère comme *public* tout sanatorium fondé et entretenu dans un but charitable ; mais le terme de *public* n'implique pas la gratuité de séjour pour tous les malades : nous verrons plus loin les différentes conditions d'admission.

Les sanatoriums publics sont créés, soit par des donations, soit par des souscriptions, soit par sociétés de secours mutuels, soit encore par les pouvoirs publics (comtés, municipalités, institution des *Boards of Guardians*, etc.).

Presque tous les sanatoriums actuellement existants, ont été créés grâce aux efforts de la *National Association for the Prevention of Consumption* dont il sera fait mention dans le chapitre VIII.

Cette association, qui possède des branches dans toutes les villes de la Grande-Bretagne, a provoqué des souscriptions publiques, qui ont permis de fonder un grand nombre de sanatoriums. Beaucoup d'autres sont dus à l'initiative personnelle ; ils sont en général plus luxueux, trop luxueux même, car

ils impliquent un entretien tel, que le prix de séjour en est trop élevé pour la classe ouvrière.

Il s'est produit,il y a quelques années, au sein des mutualités et des syndicats ouvriers, un mouvement grâce auquel fut créé un sanatorium (Le *Benenden Sanatorium*) exclusivement destiné à la classe ouvrière. Nous en parlerons plus longuement dans le chapitre VIII.

La législation permet aux autorités publiques de fonder et d'entretenir des sanatoriums.Par l'article 11 de l'Acte de 1893, les conseils de comté peuvent disposer de fonds dans ce but.

Grâce à l'article 131 du *Public Healt Act 1875*, les municipalités peuvent s'entendre avec l'administration des hôpitaux de leur région, pour participer à l'entretien de ceux-ci ; la mesure a été étendue à l'entretien des sanatoriums.

D'après le même article,les municipalités peuvent se grouper entre elles, pour créer ou subvenir à l'entretien d'un sanatorium. Grâce à ces mesures, des villes qui ne possèdent pas de sanatoriums municipaux, comme Manchester, Bristol, Plymouth, Leeds, etc., ont à leur disposition un certain nombre de lits dans les sanatoriums de leur région, qu'elles utilisent pour leurs malades assistés.

L'administration des *Boards of Guardians* peut aussi posséder ou entretenir des sanatoriums. L'article 10 du *Poor Law Act 1879*, étendant les pouvoirs de l'article 4 du *Poor Law Amendement Act de 1851*, autorise les *Boards of Guardians* à

participer à l'entretien des asiles ou des institutions ayant pour but l'hospitalisation ou le traitement des infirmes ou des malades.

Les *Boards of Guardians* se sont autorisés de ce décret pour subventionner des sanatoriums qui mettent à leur disposition un certain nombre de lits.

L'article 8 du *Poor Law Act 1879*, permet aux divers *Boards of Guardians* d'une même région, de s'associer entre eux pour exécuter les mesures qui leur sembleront devoir introduire des économies dans leur budget d'assistance aux pauvres; nous avons l'exemple des trois *Boards of Guardians* de Liverpool qui,s'autorisant de cet article, se sont associés pour fonder le *Heswale Sanatorium*.

En Angleterre et dans le Pays de Galles, il existe actuellement de 70 à 75 sanatoriums publics, formant un ensemble d'environ 4.000 à 4.500 lits pour une population globale de 35.000.000 habitants.

Le prix de revient de ces sanatoriums est tout à fait variable. C'est ainsi que le *Northwood Sanatorium*(Middlesex), l'un des plus luxueux,a coûté 2 millions : il renferme 100 lits, de telle sorte que le prix de revient du lit s'élève à 20.000 francs.

Mais c'est là une exception ; le prix ordinaire de revient du lit,pour la majorité des sanatoriums,varie entre 4.000 et 5.000 francs.

La tendance actuelle est de construire des sanatoriums peu luxueux, constitués par des pavillons en bois, de telle sorte que le prix du lit ne dépasse pas

2.000 à 3.000 francs. Le sanatorium *Little Baddow* dans l'Essex, a pu être construit dans des conditions telles que le prix de revient du lit ne dépasse pas 1.500 francs. Il représente le véritable sanatorium pour classes pauvres.

CONDITIONS D'ADMISSION DES MALADES AUX SANATORIUMS

Les tuberculeux sont envoyés aux sanatoriums, soit par les praticiens privés, soit par les dispensaires, soit par les bureaux d'hygiène des municipalités, soit par les *Boards of Guardians*, soit par les hôpitaux.

A part quelques rares sanatoriums, comme celui des mutualités dont nous avons parlé, le malade n'est admis que muni d'une lettre de recommandation émanant soit d'une institution (hôpital, dispensaire, etc.) qui a droit à un certain nombre de lits, soit d'un donateur ou d'un souscripteur. Grâce à cette lettre, dans quelques sanatoriums le malade est traité gratuitement ; dans la plupart il doit payer une somme qui varie de 15 à 50 francs par semaine ; dans les sanatoriums les plus luxueux, ce prix peut atteindre 75 francs. Bien entendu, les malades de la classe pauvre envoyés par les municipalités, les dispensaires, les *Boards of Guardians*, etc., ne paient rien, ces institutions se chargeant de l'entretien des lits qu'ils occupent.

Le séjour des malades au sanatorium est de deux à quatre mois, suivant les établissements ; de l'avis général, ce séjour est considéré comme insuffisant.

LE TRAVAIL DES TUBERCULEUX DANS LES SANATORIUMS

Nous ne décrirons pas les divers sanatoriums que nous avons visités ; ils ne présentent en général rien de particulier qui n'ait été décrit partout ; mais un point sur lequel nous désirons insister, est la tendance actuelle à ne point considérer un malade rétabli, capable de retourner à la vie normale, sous prétexte qu'il a fait un séjour plus ou moins long dans un sanatorium.

De toutes parts, des critiques se sont élevées au sujet de la démoralisation, de l'entraînement à la paresse, résultats de la vie de sanatorium pour la classe pauvre, et en particulier sur le fait que, après un repos physique complet, le malade en apparence rétabli, est incapable de reprendre son travail habituel.

Nous citerons l'opinion de quelques médecins de sanatoriums à ce propos :

Le médecin du *Bradford Poor Law Sanatorium* de Skipton (pour classes ouvrières) dans un rapport fait en 1907 dit :

« Il est lamentable de constater que les malades, tout en s'améliorant au point de vue physique, dégé-

nèrent moralement et acquièrent un véritable dégoût pour le travail ; ce fait a été constaté surtout depuis qu'il a été décidé que chaque malade qui en serait capable, travaillerait six heures par jour, durant un mois, à des travaux de jardinage avant sa sortie du sanatorium ; cela avait été fait dans le but de se rendre compte si le malade était capable de reprendre sa vie habituelle. Dès que le règlement fut appliqué, les malades opposèrent une résistance passive, préférant le renvoi immédiat du sanatorium, à l'idée de travailler pendant un séjour qu'ils considéraient comme devant être de repos absolu. Dans la suite cependant, la persuasion agit et les malades se rangèrent à l'opinion que le travail qu'on leur imposait était dans leur intérêt et comme une préparation à une vie active. »

Dans son rapport de 1908, le Dr Sir Shirly Murphy (*Medical Officer of Health du London County Council*) dit : « Il est désirable que les sanatoriums offrent un séjour plus long aux tuberculeux et qu'ils les entraînent au travail, comme cela se pratique à Kelling et à Brompton. »

Le Dr Welten, médecin de sanatorium, dans un de ses rapports que cite le Dr Newsholme, écrit :

« Il est tout à fait exact de dire que l'oisiveté du sanatorium encourage les habitudes de paresse et rend le malade, à sa sortie de l'établissement, incapable d'un travail assidu. Le remède serait de faire travailler le malade au sanatorium, dès que son état de santé le permet. »

Ces conceptions, admises partout en Angleterre actuellement, ont induit les médecins de sanatoriums à joindre à la cure de repos, celle du travail physique progressif.

Dans la plupart des sanatoriums, on n'en est guère qu'au stade théorique de la question ; on occupe les malades à quelques petits travaux, on leur fait faire de la gymnastique suédoise, etc. ; dans d'autres, au contraire, le travail utile et progressif des tuberculeux est la règle, mais c'est surtout à *Brompton* que nous trouvons le système du travail progressif appliqué dans toute sa rigueur, et considéré comme un moyen de traitement.

Le système du travail progressif au sanatorium de Brompton

Ce sanatorium, dépendant du *Brompton Hospital* de Londres, fut ouvert en 1904. Il est situé près de Frimley dans le Surrey. Il est constitué par un groupe de petits pavillons, d'un seul étage, bâtis sur un terrain de 8 hectares, entouré de bois de pins, de chênes et de châtaigniers. Il est dirigé par le Dr M. S. Paterson.

Actuellement, il peut recevoir 100 hommes et 50 femmes ; on prévoit dans l'avenir une extension plus considérable de l'établissement.

Nous passerons sur l'organisation intérieure, les mesures d'hygiène en général, qui sont ici particu-

lièrement bien comprises, mais qui, sauf dans quelques détails peut être, ne diffèrent guère des autres sanatoriums.

Les malades sont admis, en général, par l'intermédiaire de l'hôpital correspondant de Londres. Il est exigé d'eux, en principe, une somme de 25 francs par semaine. Des institutions charitables sont affiliées à ce sanatorium, et paient le séjour des malades pauvres.

On ne reçoit, bien entendu, que des cas curables; cependant, la majorité des malades que nous avons vus, étaient porteurs de lésions pulmonaires assez avancées. Tous les malades, excepté ceux qui font de la température, sont tenus de travailler.

Le système adopté par le Dr Paterson est le suivant :

Les divers genres de travaux en plein air, auxquels il soumet ses malades, représentent *7 degrés*.

Le premier *degré* consiste en une simple promenade de durée limitée ;

Le deuxième, à récolter du bois vert dans la forêt;

Le troisième, à transporter des matériaux légers (bois, sable) dans les paniers; et ainsi de suite, chaque *degré* supérieur impliquant un effort physique plus considérable avec moins de repos, on arrive au septième *degré* qui consiste à travailler durant six heures par jour à des travaux de terrassement.

Quand le malade peut supporter pendant quinze

jours, sans fatigue et sans élévation de température, le dernier *degré*, il est considéré comme rétabli.

Bien entendu, la température du malade est prise matin et soir. Si après une journée d'efforts elle s'est élevée, le malade est mis au *repos absolu* pendant quelques jours. En général, cette élévation de température ne fait pas rétrograder le malade par rapport au *degré* de son travail. Jamais, et le Dr Paterson insiste sur ce fait, on ne constate d'hémoptysies attribuables au travail.

En dehors des travaux en plein air, qui constituent la base du traitement, d'autres besognes incombent aux malades : chacun d'eux doit faire sa chambre, aider à nettoyer la salle à manger, mettre le couvert, laver sa propre vaisselle. Tout en travaillant dans l'intérêt de leur santé, les malades contribuent donc à alléger les charges du sanatorium. Tous les travaux qu'ils font ont leur utilité : les uns s'occupent de la culture des légumes sous la direction du jardinier de l'établissement, d'autres de l'entretien des pelouses, des massifs, des allées ; toutes les modifications qui ont été apportées dans les jardins, toutes les petites constructions créées depuis que le sanatorium est ouvert, sont dues aux efforts des malades. Un grand réservoir d'eau en maçonnerie est le « chef-d'œuvre » de l'établissement, et le Dr Paterson le montre avec orgueil.

Au cours de notre visite, nous avons vu des

malades occupés à la construction de la chapelle future du sanatorium.

Il est à noter que tous les pensionnaires de l'établissement, qu'ils soient pauvres ou aisés, sont soumis à la même discipline : l'égalité règne au sanatorium entre les malades de la façon la plus absolue ; des raisons d'ordre médical seulement, permettent d'obtenir une dispense de travail ou de corvée.

En hiver, par les plus mauvais temps, les malades font des paniers, des tapis, des balais ou d'autres objets utilisés au sanatorium. Nous avons pu constater la bonne volonté que tous, même les plus affaiblis, apportent dans l'accomplissement de leur besogne.

La durée du séjour dans l'établissement n'est déterminée que par l'état du malade, et le médecin-directeur est seul juge de la question.

Les débuts de l'application du système furent difficiles, nous dit le Dr Paterson, et il fallut une discipline énergique pour obtenir des malades un effort physique auquel ils n'étaient pas habitués, la plupart d'entre eux ayant été soumis au repos absolu, soit chez eux, soit à l'hôpital, pendant un temps souvent très long.

Grâce à des conférences faites par des médecins de l'établissement, les premiers malades furent bientôt persuadés que les travaux auxquels ils étaient soumis, n'avait d'objet que leur propre intérêt : les nouveaux venus furent persuadés par les anciens.

Le Dr Paterson a élevé à la hauteur d'une doc-

trine, le système du travail gradué au sanatorium. La théorie sur laquelle il se base est la suivante (1) :

Chez un tuberculeux pulmonaire, tout effort physique détermine la mise en liberté de toxines tuberculeuses provenant de la lésion, et capables de provoquer dans l'organisme la création d'anticorps.

Tout travail gradué de telle sorte que la production de toxines n'excède pas la quantité d'anticorps que l'organisme peut former, concourt à l'immunisation du malade contre son infection ; il convient donc de faire travailler celui-ci, de façon à réaliser ces conditions d'immunisation : l'observation clinique et la température du malade permettent de régler la graduation du travail.

Quand la température, après le travail, dépasse 37°5 (2) c'est un indice que la quantité de toxines mises en liberté est trop élevée ; le malade est alors placé au repos absolu ; on ne lui permet ni de bouger, ni même de parler ; des nurses procèdent à sa toilette ; il ne reprend le travail que plusieurs jours après que la température est redevenue normale.

En somme, le Dr Paterson par sa méthode d'*auto-inoculation*, prétend faire produire au malade lui-même la tuberculine immunisante nécessaire à son traitement.

Le système du Dr Paterson est déjà adopté dans plusieurs sanatoriums pour la classe ouvrière. Il semble

---

1. D Marcus Paterson, *Auto-inoculation in Pulmonary Tuberculosis,* 1911. James Nosbert et Cº, édit. London.

2. Thermomètre placé sous la langue.

donner d'excellents résultats ; il exige une surveillance médicale minutieuse, mais, dans tous les sanatoriums anglais, il y a toujours un médecin résidant et un grand nombre de nurses tout à fait exercées.

Colonies de travail

Cette question du travail des tuberculeux nous conduit à celle que les Anglais appellent l'*After care* (après les soins).

Que devient le tuberculeux au sortir du sanatorium?

Cette question semble devoir être en partie résolue par l'institution des colonies de travail pour tuberculeux. Parmi les sanatoriums qui en ont tenté la création, on peut citer *Crosley Sanatorium* dans le Cheshire, où les résultats sont encourageants. A *Coppins Greet Sanatorium and Market Garden* dans l'Essex, 80 hectares de terre ont été convertis en un jardin potager, où les malades travaillent; ceux qui sont en convalescence, fournissant plus d'efforts que les autres, sont logés et nourris, et rémunérés proportionnellement à la somme de travail fournie, de telle sorte qu'ils peuvent rester plus longtemps que le séjour habituel de trois mois, et se guérir définitivement.

Pendant leur passage à la colonie, les malades sont instruits dans la culture maraîchère. On leur donne ainsi une profession, grâce à laquelle ils peuvent

plus tard gagner leur vie dans des conditions excellentes.

A *Kelling Sanatorium*, il existe aussi une colonie de travail où l'on pratique l'élevage des poules et la culture des légumes ; cette colonie permet de diminuer les charges du sanatorium, tout en conservant gratuitement les malades qui veulent travailler.

A Édimbourg, nous trouvons le même système, ainsi que dans beaucoup d'autres sanatoriums.

Il est probable que, dans un avenir prochain, les colonies vivront par elles-mêmes ; mais, comme le dit le Dr Newsholme, la question n'est pas simple : les malades des sanatoriums pour classes ouvrières sont le plus souvent des citadins mariés ; ils ont une profession et peuvent difficilement s'habituer à l'idée de devenir cultivateurs.

Et cependant, en matière de lutte anti-tuberculeuse, il est un problème presque aussi important que celui du traitement : celui qui consiste à procurer aux malades sortant des sanatoriums, un genre de travail compatible avec leur état de santé. Tant que ce problème n'aura pas été résolu, la valeur des sanatoriums pour classes ouvrières ne sera que très relative.

CHAPITRE V

MESURES CONCERNANT LA TUBERCULOSE BOVINE ET LE CONTROLE DU LAIT

La production et la vente du lait en Angleterre, sont depuis de nombreuses années déjà, soumises à des lois très sévères.

La mesure qui est à la base de ces lois est celle qui concerne l'obtention de la *licence des étables* et l'inscription municipale des laiteries et des laitiers.

Le *Licensing of cowes* (licence des étables) résulte de l'article 20 du *Public Health Act 1891* qui est ainsi conçu :

1° Toute personne exerçant la profession de laitier ne peut posséder une étable, sans obtenir préalablement une *licence* de la municipalité ;

2° Cette *licence* est valable pendant deux années ; elle doit être ensuite renouvelée tous les ans.

Le *Dairies Cowsheds and Milk Shops Order of 1885* (1) établit les mesures concernant la déclara-

1. Décret concernant les laiteries, les étables, les débits de lait.

tion et l'enregistrement de toute personne appelée à soigner ou à traire des vaches, à manipuler ou à vendre du lait.

Article premier. — Il ne sera permis à personne d'exercer le métier de vacher, de producteur de lait, sans en avoir fait préalablement la déclaration aux autorités locales. Cette déclaration est dûment entregistrée.

Article II. — Toute autorité locale tiendra à jour un registre d'inscription des personnes qui veulent, même passagèrement, exercer le métier de vacher, de producteur de lait ou de débitant de lait.

Grande-Bretagne

L'Inspection des étables et des laiteries a été établie par le décret suivant :

Order of the Board of Agriculture and Fisheries dated 26 th of May 1909 (1) (*Tuberculosis order*)

Le ministère de l'Agriculture et des pêcheries, en vertu des pouvoirs qui lui ont été conférés par les *Disease of Animals Acts 1894 to 1903* et par tous les autres décrets ayant trait à la même question, ordonne ce qui suit:

Article premier. — (Définitions sans intérêt pour nous.)

Article 2. — *Avis de déclaration de maladie.* — Toute personne ayant en sa possession ou à sa charge une ou plusieurs vaches qui sont atteintes ou simplement suspectes

1. Décret du ministère de l'Agriculture et des pêcheries.

de tuberculose mammaire ou dont la mamelle est indurée ; ou possédant des vaches dont l'amaigrissement peut être attribué à la tuberculose devra, sans délai, en aviser la police locale qui en informera l'autorité sanitaire.

Le possesseur de l'animal souffrant prendra immédiatement les mesures nécessaires édictées par les articles 8 et 9 du présent décret.

Article 3. — *Inspection et examen des animaux.* — Quand l'autorité locale est avisée de la présence dans son district, d'animaux suspects ou atteints des affections décrites dans l'article 2, elle doit faire examiner ces animaux par le vétérinaire inspecteur, dans le but de savoir s'il ne s'agit pas de tuberculose.

L'inspecteur vétérinaire pourra utiliser l'épreuve à la tuberculine, mais avec le consentement par écrit du propriétaire de l'animal.

Il pourra pénétrer au jour et à l'heure qu'il choisira dans les étables, examiner les vaches, exiger même que celles-ci soient traites et prélever des échantillons de lait. Il pourra aussi faire des prélèvements de matières fécales, d'urines ou de sécrétions anormales des animaux de l'étable.

Les employés de la ferme devront lui prêter assistance s'il le désire, et toute personne s'y refusant sera passible de pénalités.

L'inspecteur enverra le plus tôt possible aux autorités locales un rapport donnant le résultat de ses examens.

Si le rapport de l'inspecteur concernant un animal ne démontre pas que celui-ci est atteint d'une des affections décrites dans l'article 2, l'autorité locale avertira immédia-

tement le propriétaire de l'animal qu'il peut mettre fin aux précautions exigées par la loi.

Article 4. — *Abattage des animaux malades.* — Lorsque l'autorité locale est prévenue par un rapport de son inspecteur, qu'il existe dans son district une vache suspecte ou atteinte des affections énumérées dans l'article 2, elle devra prévenir immédiatement le propriétaire de l'animal ainsi que le *Local Government Board* et prendra ses dispositions pour faire abattre l'animal.

Dans le cas d'opposition du propriétaire, l'autorité locale ne pourra faire procéder à l'abattage, que sur autorisation spéciale du *Board.*

Dans le cas encore où la valeur d'un animal proposé pour l'abattage dépasserait 750 francs, l'autorité locale ne devra pas procéder à l'abattage, à moins d'un ordre spécial du *Board.*

Article 5. — *Évaluation des indemnités.* — Avant l'abattage d'un animal, l'autorité locale s'entendra avec le possesseur de l'animal sur la valeur de celui-ci.

En cas de contestation, un expert sera nommé ; l'indemnité accordée au propriétaire sera en rapport avec l'état de santé de l'animal et fixée par l'article 7.

Article 6. — *Autopsie des animaux abattus.* — Après l'abattage, le cadavre de l'animal sera examiné par l'inspecteur vétérinaire, qui délivrera un certificat du résultat de son examen.

Article 7. — *Indemnités.* — Si, d'après le certificat du vétérinaire, il est démontré que l'animal abattu n'était pas atteint de tuberculose, l'autorité locale paiera au proprié-

taire de l'animal une somme égale à sa valeur (fixée par un expert) et en plus une somme fixe de 50 francs.

Si le certificat du vétérinaire inspecteur démontre que l'animal est atteint de tuberculose avancée, l'indemnité ne sera plus que du quart de la valeur de l'animal.

La tuberculose avancée sera déclarée :

1° Lorsqu'il y aura tuberculose miliaire des deux poumons;

2° Lorsque la plèvre et le péritoine présenteront des granulations tuberculeuses ;

3° Lorsqu'on rencontrera dans les muscles des ganglions tuberculeux.

Article 8. — *Mesures à adopter en ce qui concerne la production de laits tuberculeux.* — Le lait provenant d'une vache atteinte ou suspecte d'une des affections indiquées dans l'article 2, ne devra pas être mélangé avec d'autres laits, avant que l'inspecteur vétérinaire n'ait procédé à l'examen de la vache.

Le lait provenant de cette vache sera bouilli et le broc qui l'aura contenu, passé à l'eau bouillante avant de servir à tout autre usage.

Le lait provenant d'une vache déclarée suspecte par l'inspecteur vétérinaire, sera l'objet des mêmes précautions, jusqu'à ce que le certificat du vétérinaire ait été délivré.

Article 9. — *Détention et isolement des animaux suspects.* — Toute vache qui sera suspecte ou atteinte d'une des affections décrites à l'article 2, devra être isolée jusqu'à ce que l'inspecteur vétérinaire l'ait examinée.

Article 10. — *Animaux suspects des marchés et des foires.* — Toute vache rencontrée sur le marché ou dans une

foire par l'inspecteur vétérinaire et lui paraissant suspecte d'une des affections décrites à l'article 2, doit être retirée du marché et soumise à l'inspection du vétérinaire.

Article 11. — *Nettoyage et désinfection.* — Quand l'inspecteur vétérinaire rencontrera une vache atteinte d'une des affections décrites à l'article 2, l'étable dans laquelle se trouvait cette vache devra être nettoyée et désinfectée aux frais du propriétaire, sous la surveillance de l'inspecteur vétérinaire.

Article 14. — *Pénalités.* — Toute personne qui s'oppose à l'une des mesures édictées dans le présent décret, sera passible d'une amende, conformément à la loi de 1894 (*Disease of Animals Act 1894*).

Article 15. — Ce décret s'étendra à l'Angleterre, au Pays de Galles et à l'Écosse, et entrera en vigueur le 1er janvier 1910.

Ce décret accompagné d'une circulaire est destiné aux autorités locales d'Angleterre, du Pays de Galles et d'Écosse.

Dans cette circulaire, des articles importants des *Disease of Animals Acts de 1894 à 1903* ont été introduits avec des considérations que nous allons résumer ici :

1° L'agriculture est directement intéressée par les mesures de prophylaxie antituberculeuse chez les animaux de race bovine ;

2° Il est de l'intérêt des éleveurs de seconder les efforts des pouvoirs publics, en acceptant les mesures prophylactiques qu'on leur offre, par exemple

l'épreuve à la tuberculine, et en isolant systématiquement de leurs troupeaux tout animal qui aura réagi ;

3° Il y a un danger au point de vue de la production du lait, à procéder sans discernement à l'abattage d'un grand nombre de vaches, simplement suspectes de tuberculose ;

4° Les indemnités accordées durant les premières années d'application du décret pourront paraître très lourdes aux municipalités, mais elles diminueront rapidement dans l'avenir, l'état sanitaire devant certainement s'améliorer sous l'influence de ces mesures ;

5° L'application du décret de 1909 permettra de se rendre compte si les mesures édictées par la loi actuellement à l'étude au Parlement, peuvent atteindre le but désiré.

(V. plus loin le projet de loi de John Burns).

Irlande

L'Irlande sera comprise dans le projet de John Burns, mais actuellement, en ce qui concerne l'inspection des étables et la surveillance des laits, ce pays est soumis aux mesures édictées par la loi de 1908 (1).

---

1. *Tuberculosis prevention Ireland Act 1908*. V. chap. Législation.

L'inspection des fermes est très bien organisée.

Des vétérinaires inspecteurs s'assurent de l'état des troupeaux dès leur retour des pâturages, en novembre ; il en résulte des avertissements envoyés aux propriétaires des troupeaux qui laissent à désirer. Presque toujours les mesures prescrites par les inspecteurs sont suivies d'effet, sans qu'il soit besoin de recourir aux sommations légales.

Le lait, en tant que véhicule du bacille tuberculeux, est l'objet d'une attention particulière; la loi de 1908 prévoit des prélèvements, et des précautions sont prises pour que tout employé atteint de tuberculose pulmonaire ne puisse manipuler le lait ni les récipients qui doivent le contenir.

Des visites médicales sont faites régulièrement au domicile des laitiers et tout le personnel est examiné. Quand une personne atteinte de tuberculose pulmonaire est rencontrée, elle est exclue de la laiterie, qui est désinfectée après son départ. (Ces mesures peuvent être prises en vertu de l'article 11 de la loi de 1908) (1).

Les vétérinaires inspecteurs sont aussi chargés d'examiner les mamelles des vaches, tant au point de vue de leur propreté que de leur état physiologique ; s'il est rencontré des vaches dont les mamelles paraissent anormales, ces vaches sont isolées et le vacher qui en est chargé ne peut s'occuper des animaux sains. D'après l'article 17 de la loi de

---

1 V. législation, chap. IX.

1908, les autorités sanitaires ont le pouvoir de faire abattre toute vache laitière considérée comme atteinte de tuberculose mammaire, d'après le rapport de l'inspecteur vétérinaire.

Une indemnité fixe de 250 francs est octroyée dans ce cas au propriétaire, qui peut mettre en vente le cadavre de la vache si la tuberculose n'est pas généralisée.

Dans le cas où la tuberculose est généralisée, la viande doit être partiellement ou complètement détruite, suivant qu'il existe ou non des parties saines.

La loi de 1908 ne dit pas clairement quelles sont les indemnités à octroyer au propriétaire d'un animal dont la viande est partiellement saisie ; cela crée des différends fréquents entre les autorités sanitaires et l'association des bouchers.

L'INSPECTION DES LAITS A LONDRES

Avant l'entrée en vigueur du décret de 1909, un grand nombre de villes possédaient des dispositions spéciales, leur permettant de lutter contre la vente des laits tuberculeux.

En particulier, deux actes sont encore en vigueur à Londres, et les pouvoirs qu'ils confèrent sont un peu différents de ceux qu'implique le décret de 1909.

L'acte de 1907 (concernant la production et la vente du lait tuberculeux) donne au *Medical Officer of Health*, ou à toute autre personne autorisée, le

droit de prélever dans le comté de Londres et en dehors, des échantillons de lait produit ou vendu, ou destiné à la vente dans le comté ; l'employé chargé des prélèvements, accompagné du vétérinaire inspecteur, peut pénétrer dans les fermes.

Si l'une des vaches, après examen du vétérinaire inspecteur, est considérée comme suspecte de tuberculose mammaire, il est procédé au prélèvement d'un échantillon de son lait ; si, après l'examen du laboratoire, il est démontré que le lait renferme le bacille tuberculeux, les autorités sanitaires interdisent la vente du lait provenant de la ferme où la vache a été signalée.

Cette interdiction dure jusqu'à ce que l'ordonnance ait été abrogée par suite d'abattage de la vache.

Depuis l'entrée en vigueur de cet acte, des échantillons de lait sont prélevés chaque jour dans les brocs arrivant aux gares de Londres, et ces échantillons sont envoyés pour l'examen au *Lister Institute.*

Dans le cas où le lait est reconnu tuberculeux, un examen clinique des vaches de la ferme d'où provient le lait, est fait par un vétérinaire inspecteur.

Les vaches suspectes de tuberculose mammaire sont soumises aux mesures indiquées plus haut.

En 1909, 2352 échantillons de lait ont été prélevés à Londres ; 205 ont été reconnus tuberculeux, soit une proportion de 11,4 o/o.

Durant la même année, 4997 vaches ont été

examinées: 147 étaient atteintes de mammite tuberculeuse ; soit une proportion de 2,9 o/o.

En 1908 le Parlement a autorisé le *London County Council* par le *General Powers Act 1908* à prendre des mesures telles, que fussent rayés du registre d'inscription, les laitiers qui continueraient à vendre leur lait malgré l'opposition de l'inspection sanitaire, non satisfaite des conditions d'hygiène rencontrées dans les étables. La même sanction était appliquée à toute personne transportant le lait prohibé ; de plus des pénalités pouvaient s'ensuivre.

L'INSPECTION DES LAITS A MANCHESTER

Manchester fut la première ville du Royaume-Uni où l'inspection des laits fut pratiquée.

C'est encore dans cette ville, grâce aux efforts du Dr Niven, *Medical Officer of Healt* de la cité, que l'inspection est faite actuellement avec le plus de méthode.

Depuis 1891 (1) l'inspection des étables est systématiquement faite par le vétérinaire inspecteur dans la cité de Manchester elle-même et dans un rayon de 50 kilomètres en dehors de la ville.

Depuis 1897, des prélèvements de lait sont faits dans les gares et les échantillons envoyés au laboratoire du Dr Sheridan Delépine.

---

1. La cité de Manchester a obtenu du Parlement, en 1899, une loi spéciale (*Manchester general Powers Act 1899*) qui comprend l'inspection des étables et des laiteries.

Quand un lait est reconnu tuberculeux, le vétérinaire inspecteur fait une enquête dans la ferme, tuberculinise et isole les animaux suspects.

Les statistiques suivantes nous montrent les résultats obtenus à Manchester :

LAITS EXAMINÉS PAR LE LABORATOIRE

Années	Échantillons prélevés	Pourcentage des laits tuberculeux
1897	110	18,0 o/o
1906	704	5,0 o/o
1909	655	4,9 o/o

FERMES DANS LESQUELLES DES LAITS TUBERCULEUX ONT ÉTÉ RENCONTRÉS

1903 sur 329 fermes, 13,6 o/o donnaient des laits tuberculeux
1905 — 565 — 8,3 o/o — —
1907 — 562 — 6,7 o/o — —
1909 — 535 — 5,8 o/o — —

TUBERCULOSE MAMMAIRE

De janvier 1900 à avril 1901 sur 5.545 vaches, 35 cas de tuberculose mammaire, soit : 0,63 o/o.

En 1909 sur 3.019 vaches, 11 cas de tuberculose mammaire, soit : 0,36 o/o.

Ces statistiques montrent à quel point, les mesures prises par la ville de Manchester depuis 1897, ont donné des résultats satisfaisants.

Nous avons pu constater combien sont strictes les mesures de surveillance prises à l'égard des animaux d'espèce bovine dans le Royaume-Uni.

Cela n'a pas été sans protestations de la part des éleveurs, des laitiers et des bouchers.

En particulier, après le Congrès de la tuberculose en 1900, au cours duquel Koch nia l'identité des tuberculoses humaine et bovine et exprima l'opinion que le bacille bovin ne pouvait être l'origine d'une infection chez l'homme, il se produisit une agitation au sein des syndicats des éleveurs, des laitiers et des bouchers. Ces syndicats demandèrent aux pouvoirs publics qu'on abolît les mesures qui leur étaient imposées, ou tout au moins qu'on y fît des restrictions.

Afin que la question fut définitivement résolue, les pouvoirs publics réunirent en 1901 la Commission Royale de la tuberculose, et lui posèrent les trois questions suivantes :

1° La tuberculose des animaux est-elle la même que celle de l'homme ?

2° L'homme et les animaux peuvent-ils réciproquement s'infecter ?

3° Au cas échéant, dans quelles conditions la transmission de la maladie des animaux à l'homme peut-elle se faire, et quelles sont les circonstances favorables et défavorables à cette transmission ?

Les travaux de la commission durèrent dix années, au cours desquelles des mémoires provisoires furent publiés, affirmant le danger de la tuberculose bovine

pour l'homme. Enfin, en juillet 1911, la commission termina son rapport, dont les conclusions sont les suivantes :

1° Les mesures administratives, ayant pour objet d'éviter la transmission du bacille à l'homme par les aliments, sont nécessaires ;

2° Dans l'intérêt des enfants et des nourrissons, il est nécessaire que de nouvelles mesures soient édictées concernant la production et la vente du lait.

Le bacille bovin passe en abondance dans le lait des vaches atteintes de mammite tuberculeuse. Le lait d'une vache atteinte de tuberculose, s'il ne contient pas le bacille au sortir de la mamelle, peut — et cela arrive fréquemment — être infecté ensuite par les excrétions ou les sécrétions de l'animal ;

3° Les rapporteurs sont convaincus que les mesures prophylactiques qui seront appliquées dans le but d'éviter la présence du bacille tuberculeux dans le lait, contribueront pour une large part à la diminution du nombre des cas de tuberculose viscérale et glandulaire constatés si fréquemment chez les enfants.

Ces mesures devront exclure de l'alimentation tout lait provenant de vaches atteintes de tuberculose mammaire ou même viscérale.

PROJET DE LOI DE JOHN BURNS

Les conclusions de la Commission Royale de la tuberculose tranchent définitivement la question aux yeux des pouvoirs publics et des mesures de plus en

plus sévères seront édictées ayant pour but de lutter contre la tuberculose bovine et la vente des laits tuberculeux.

M. John Burns, l'actif président du *Local Government Board*, a déposé l'an dernier au Parlement un nouveau texte de loi concernant le lait et les laiteries.

Le *Milk and Dairies Bill* (1) est encore à l'étude, mais il est hors de doute qu'il sera voté d'ici peu.

Voici, dans ses grandes lignes, les mesures proposées dans ce projet :

1° Une réglementation plus sévère de l'inscription des laiteries et des laitiers, de l'inspection des étables et des laiteries et de l'examen médical des animaux d'espèce bovine.

2° L'interdiction absolue pour les fermes dans lesquelles des maladies infectieuses, y compris la tuberculose, sont constatées, de mettre en vente leur lait.

3° La recherche systématique des laits tuberculeux mis en vente.

4° La création de mesures permettant d'encourager la vente du lait pur et sain.

5° L'établissement par les autorités locales de dépôts de laits spécialement destinés aux enfants, dans les quartiers populeux.

Par ce court exposé nous voyons que le projet de loi, en outre des mesures que comporte le décret de

---

1. Loi concernant le lait et les laiteries.

1909, en propose d'autres tout à fait excellentes : en particulier la création de dépôts municipaux de lait pur, provenant de vaches non tuberculeuses, dans les quartiers pauvres.

Quand on sait de quel lait les enfants pauvres des grandes villes sont nourris, on comprend toute l'importance d'une telle mesure ; c'est une des plus utiles qu'on puisse mettre en œuvre, non seulement au point de vue de la prophylaxie antituberculeuse, mais encore dans la lutte contre la mortalité infantile.

CHAPITRE VI

L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Les écoles de plein air

Inspection médicale des écoles

Nous allons résumer brièvement ici le fonctionnement de l'inspection médicale des écoles.

Jusqu'en 1907, cette inspection n'était pratiquée que dans quelques villes. A cette date, une loi spéciale concernant les écoles, fut votée au Parlement (1). L'adoption de cette loi entraîna la création d'un « bureau médical » au ministère de l'Instruction publique.

Ce bureau, à la tête duquel est un médecin chef (*Chief Medical Officer*), comprend, en outre, un grand nombre d'autres médecins dits *assistants*. Quatre circulaires principales émanant de ce bureau, furent envoyées aux médecins inspecteurs des écoles d'Angleterre et du Pays de Galles.

La circulaire 576, parue en novembre 1907, expose la portée et le but de la loi de 1907 ; elle insiste sur la

1. *Education Administrative Provision Act 1907.*

nécessité de coordonner, dans chaque district, les travaux de l'inspection médicale avec ceux du service public d'hygiène, et démontre l'utilité des « nurses pour écoles ».

Dans la circulaire 582, parue en janvier 1908, des indications précises sont données, qui doivent servir de base à l'inspection des écoles.

La circulaire 596, parue en août 1908, reprend un point qu'avait déjà mentionné la circulaire 576 : le rôle du médecin inspecteur dans ses rapports avec le Directeur du bureau d'hygiène.

Enfin, en 1909, un *memorandum* (1) fait par le *Medical Officer of Health* du *Local Government Board* en collaboration avec le *Chief School Medical Officer*, expose toutes les mesures concernant le licenciement des écoles en cas d'épidémie et l'exclusion individuelle des écoliers.

Grâce à ces mesures administratives, en 1909, sur 327 localités d'Angleterre et du Pays de Galles, possédant des écoles, 314 avaient nommé des médecins inspecteurs, conformément aux règlements ; ce qui donnait un total de 986 médecins inspecteurs, parmi lesquels 73 doctoresses.

Rôle du School Medical officer (Médecin inspecteur d'écoles). — Le médecin inspecteur est responsable, envers le comité scolaire, de l'hygiène des écoles ; il a des devoirs déterminés par le *Code*

1. Sorte d'exposé général.

of Regulations for public elementary schools 1908 (1).

Il examine les enfants avant leur entrée à l'école.

Il propose au comité scolaire le licenciement des écoles en cas d'épidémie.

Il autorise l'exclusion des enfants qui sont signalés comme étant une cause de contagion pour les autres écoliers. (Voir plus loin le règlement qui concerne cette exclusion.)

Il fait des rapports sur les écoles de plein air et les autres institutions de ce genre.

Il est chargé d'enquêtes concernant toutes les questions intéressant l'hygiène de l'enfant et celle de l'école.

Il doit fournir annuellement un rapport à l'autorité locale et au *Local Government Board*.

Le *School Medical Officer* a, sous ses ordres, des médecins « assistants » et des nurses qui sont chargées spécialement de surveiller la santé et la tenue des écoliers, selon les règlements édictés par l'article 13 de la loi de 1907.

L'INSPECTION MÉDICALE A LONDRES

A Londres, l'inspection des écoles comprend actuellement 100 médecins inspecteurs environ, qui touchent un traitement moyen de 7.500 francs et doivent consacrer tout leur temps au service d'inspection.

---

1. Règlements pour les écoles élémentaires publiques.

Ces médecins inspecteurs examinent les enfants avant leur entrée et à leur sortie de l'école. Ils établissent une fiche pour chaque enfant. Cette fiche mentionne les conditions physiques et mentales de l'enfant à son entrée à l'école, pendant son séjour et à sa sortie.

Ils font périodiquement leur inspection. Ils surveillent les conditions hygiéniques de l'école (lumière, ventilation, installation sanitaire), les jeux et exercices physiques des enfants ; la santé des professeurs.

Ils prennent des mesures prophylactiques contre les maladies contagieuses, et, dans le cas d'épidémie, coopèrent avec les médecins du bureau d'hygiène pour prendre les mesures concernant la désinfection.

Ils envoient dans des écoles spécialement destinées à cet effet, les enfants débiles, anémiques et ceux qui ont des tares oculaires, auditives ou mentales ; ils dirigent les enquêtes faites au domicile des parents par les nurses.

Lorsqu'un directeur d'école signale un enfant qui lui semble anormal, ce dernier est examiné de suite par le médecin inspecteur de l'école qui fait un rapport au médecin chef de son service.

Une centaine de nurses visitent les enfants des écoles ; leur rôle consiste à signaler aux médecins ; les enfants qui paraissent souffrants, à surveiller la propreté des écoliers.

Elles font aussi des rapports sur la tenue de l'école au point de vue sanitaire, et signalent aux autorités locales du district, les enfants habituellement mal

tenus et porteurs de parasites : le cas échéant, une note constituant un premier avertissement est envoyé aux parents ; la deuxième fois ceux-ci sont passibles d'une amende.

LES ENFANTS TUBERCULEUX A L'ÉCOLE

Dans leur *memorandum* de 1909, le *Medical Officer of Health* du *Local Government Board* et le *Chief Medical officer* du ministère de l'Instruction publique, exposent les mesures administratives qui doivent être prises pour le licenciement des écoles en cas d'épidémie et pour l'exclusion individuelle des écoliers. Ces mesures résultent de l'article 13 de la loi de 1907 (1) et du Code de 1909 (2).

ARTICLE 47 DU CODE. — Si l'autorité sanitaire ou deux de ses membres, agissant sur l'avis du médecin inspecteur des écoles, demande l'exclusion d'un enfant pour un temps déterminé, cet enfant sera exclu.

ARTICLE 53 DU CODE. — L'exclusion des enfants sera ordonnée :

1° Quand ils pourront être une cause de contamination pour les autres écoliers ;

2° Quand ils seront mal tenus et porteurs de parasites ;

3° Quand leur état mental ou physique les empêchera de profiter de l'instruction qui leur est donnée.

---

1. Loi de 1907, *Education Administrative Provision Act.*
2. *Code of Regulations for Public elementary Schools*, 1909.

Grâce à ces articles, les enfants tuberculeux peuvent être exclus des écoles ; cette exclusion est appliquée différemment suivant les localités.

Dans le plus grand nombre des districts, seuls les enfants tuberculeux qui toussent ou qui crachent, sont exclus ; dans d'autres, comme celui de Liverpool par exemple, tout enfant porteur d'une lésion pulmonaire tuberculeuse, ouverte ou non, est éloigné de l'école.

Les enfants soumis aux mesures d'exclusion sont l'objet de visites à domicile de la part des médecins inspecteurs et des nurses ; cette mesure permet souvent de *dépister* dans la famille de l'écolier d'autres enfants atteints de tuberculose au début.

Dans le cas où cela est possible, les enfants tuberculeux sont envoyés dans les écoles de plein air.

ÉCOLES DE PLEIN AIR

Frappée par les résultats obtenus à Charlottenburg, la commission scolaire de la Ville de Londres demanda au Conseil de Comté en 1906, des crédits pour l'ouverture d'une école de plein air.

En 1907, un terrain de 8 hectares situé à Bostalwood fut offert par la Société coopérative des ouvriers de l'arsenal royal de Woolwich. Le Conseil du Comté de Londres vota un crédit de 10.000 fr. pour la construction de cette première école, puis une allocation annuelle de 15.000 francs pour son entretien.

En 1908, un nouveau crédit de 55.000 francs fut voté, qui permit l'ouverture de trois écoles nouvelles : *Montpellier House*, *Burleigh House*, *Shrewbury House*.

Chacune de ces écoles pouvait recevoir 80 enfants. L'une d'elles fut fermée en 1909, les locaux étant insuffisants.

En somme, en 1910 sept écoles de plein air fonctionnaient en Angleterre et dans le Pays de Galles, trois à Londres ou dans les environs et une dans chacune des villes de Bradford, Sheffield, Halifax et Norwich.

Sauf à Londres, où l'on a des difficultés pour trouver des emplacements convenables, il a été facile en général d'établir les écoles à la campagne sans trop s'éloigner des centres.

On choisit toujours une pente orientée au midi avec un sol perméable ; on considère comme de la plus grande importance, d'avoir un ample approvisionnement d'eau, ce qui permet de laver fréquemment les enfants ; plusieurs écoles ont d'ailleurs institué des bains-douches.

En ce qui concerne les locaux, des dispositions sont prises pour protéger les écoliers, en cas de besoin, contre le soleil ou la pluie, tout en leur permettant de vivre à l'air.

En général, on emploie des constructions *Doecker* de modèle russe ; elles sont constituées par des bâtis

en bois, qu'on peut rapidement ajuster. Les caisses servant au transport se démontent facilement et constituent le plancher de la construction ; ce plancher est lui-même supporté par des blocs de bois qui l'isolent de la terre.

Ces bâtiments ont une surface de 15 m. 25 sur 4 m. 60 et une hauteur moyenne de 2 m. 75. Une substance légère peu conductible, en forme les parois et le toit ; celui-ci est pourvu de ventilateurs.

Dans certaines localités, à Halifax par exemple, on a utilisé des immeubles existant au milieu de vastes terrains.

Bradford nous donne l'exemple d'une école ouverte toute l'année ; les locaux y sont constitués par des constructions en fer et en briques.

Une école de plein air, outre les bâtiments scolaires proprement dits, possède toujours une cuisine et ses dépendances, une salle de réunions pour les maîtres, un cabinet pour le médecin et la nurse et une salle de bains ou de douches. En ce qui concerne le matériel, il est aussi simple que possible ; il doit être léger afin de pouvoir être transporté par les élèves eux-mêmes, en dehors des abris en cas de beau temps. Les écoles sont aussi pourvues de chaises longues permettant la sieste de l'enfant ; en général on emploie des *deck chairs* (1).

---

1. Ce sont les sièges qu'on donne aux passagers sur le pont des paquebots.

Chaque enfant est muni d'une couverture de laine, d'un petit oreiller et d'une toile goudronnée. Cette toile peut être étendue sur l'herbe et constituer un lit de repos.

Les enfants traités dans les écoles de plein air, sont choisis surtout parmi les anémiques, les porteurs de végétations adénoïdes, les tuberculeux ; on prend aussi les cardiaques et quelques nerveux.

Les écoliers sont soumis à de fréquentes inspections médicales : on note les variations de poids, de taille, on surveille l'état général ; nous verrons que dans certaines écoles, des analyses de sang (dosage de l'hémoglobine) sont pratiquées.

La « nurse » attachée à l'établissement s'occupe particulièrement de l'état de propreté de l'enfant. Elle lui fait prendre des bains et changer de vêtements ou de chaussures lorsque cela est nécessaire (1).

Emploi du temps. — En général l'emploi du temps est le suivant :

Déjeuner.....	9 heures du matin
Classe.....	9 h. 30 à 10 h. 45
Récréation.....	10 h. 45 à 11 —
Classe.....	11 h. à 12 h. 20 après-midi

1. A Londres des sociétés charitables, en particulier la *Ragged School Union,* fournissent à ces écoles des chaussures et des vêtements. Le *Cinderella Club* (club cendrillon) fait de même à Bradford.

Préparatifs du dîner (1).	12 h. 20 à 12 h. 45
Dîner	12 h. 45 à 1 h. 30
Sieste	1 h. 30 à 3 h. 30
Classe	3 h. 30 à 5 h.
Thé	5 h. à 5 h. 30
Travaux manuels (2)	5 h. 30 à 7 h. du soir
Retour à la maison	7 h. du soir.

Alimentation. — Il est important que les enfants aient une alimentation abondante et saine. Le nombre de repas donnés aux élèves est variable suivant les écoles. En général ils sont au nombre de quatre.

Voici un menu de l'école de Sheffield qui peut servir d'exemple :

9 heures du matin. — Bouillie de farine d'avoine (*porridge*), 300 centimètres cubes de lait, pain.

11 heures du matin. — Tartines de beurre, de graisse, de rôti ou de confitures.

1 heure (dîner). — 120 grammes de viande (3) ou 170 gr. de poisson, 180 grammes de pommes de terre ou d'autres légumes, 180 grammes de pudding.

5 heures du soir. — Tartines de beurre ou de confitures, bananes, 300 centimètres cubes de lait, thé ou chocolat.

Sieste. — Un repos, d'une demi-heure à deux heures par jour, après le dîner est considéré comme

---

1. On habitue les enfants à dresser le couvert.
2. Jardinage s'il fait beau.
3. Un jour par semaine, la viande est remplacée par un plat de lentilles.

essentiel. Les enfants sont étendus sur des chaises longues, au soleil ou à l'ombre, suivant leur préférence. Durant la saison chaude ils dorment par terre, sur leur couverture. Même au début de l'automne les enfants ne paraissent pas souffrir du froid pendant leur sieste. Beaucoup d'entre eux dorment à poings fermés et, malgré ce sommeil, il est bien démontré que leurs nuits sont excellentes.

Durant les heures de travail, les enfants ne vont dans les abris que s'il pleut ou si le soleil est trop ardent.

Dans ce dernier cas, s'il existe un bois attenant à l'école, le maître et les élèves s'y transportent.

D'ailleurs, les abris sont dans des conditions d'aération parfaites, leur paroi exposée au midi étant munie de larges fenêtres toujours ouvertes.

Résultats obtenus (1). — Le régime suivi dans les écoles de plein air donne d'excellents résultats. A Sheffield, à Bradford, on a constaté que durant le premier mois de la vie en plein air, les enfants acquièrent autant de poids que pendant quatre mois de l'école ordinaire.

En général, le gain moyen est de 2 kgr. 600 pendant la saison, alors que, dans les écoles ordinaires, les enfants sains ne prennent guère plus de 1 kgr.500,

---

1. Une étude très complète en est faite dans le *Report of the Public Health Committee of the London County Council 1908*, appendice V, p. 71.

dans le même temps. Les dimensions thoraciques sont augmentées : à Sheffield, 23 enfants sur 46 se sont développés de 2 cm. 1/2 (à l'inspiration forcée).

Le Dr Crowley a dosé l'hémoglobine du sang des enfants de l'école de Bradford ; les résultats sont les suivants (hémoglobinimètre de Fleisch) :

	Garçons	Filles
Hémoglobine o/o : à l'entrée de l'école..	78	80
— o/o : à la sortie.....	88	90
Augmentation o/o	10	10

L'état mental des écoliers est aussi très modifié : de tristes qu'ils étaient, les enfants deviennent rapidement gais ; leur vivacité d'esprit s'aiguise, leur pouvoir d'observation s'accroît.

Les résultats acquis sont-ils durables ? C'est là un point de la plus haute importance.

Une enquête a été faite à l'école de Sheffield ; à la fin de la saison 1908, on considérait que 17 enfants étaient guéris, 32 améliorés, un seul était resté stationnaire.

Quatre mois plus tard, ces mêmes enfants furent pesés : 18 avaient augmenté de poids, 23 en avaient perdu, 2 étaient restés stationnaires.

Considérations financières. — Le Dr Frédéric Rose (1) a étudié la question financière, concernant

1. *Tuberculosis in Infancy and Childhood*, p. 337.

les écoles de plein air. Il estime que la construction d'une école pour 100 enfants revient à 35.000 francs, si les écoliers n'y sont reçus que durant le jour, et à 50.000 francs s'il y est adjoint un internat.

Le détail des dépenses de l'école de Sheffield, qui fut ouverte du 21 juin au 1er novembre 1908, et qui reçut 50 enfants, est le suivant :

Traitement des maîtres	1.683 fr.
Gages des domestiques, frais de nourriture	2.473 fr.
Transports des enfants de leur domicile à l'école.	2.009 fr.
Matériel scolaire	2.218 fr.
Chauffage, éclairage, impôts	798 fr.
Total	**9.181 fr.**

Les parents qui en ont les moyens, doivent contribuer à l'entretien de leurs enfants. A Londres cette contribution varie entre 1 fr. 25 et 3 fr. 75 par semaine ; à *Shrewbury School* elle est de 3 fr. 60 en moyenne ; à Sheffield, sur 9.181 francs de dépenses totales en 1908, les parents ne contribuèrent que pour 455 fr. ; à Norwich, la somme donnée par les parents s'élève, en général, au quart des frais de nourriture ; à Halifax à la moitié environ.

Colonies de vacances

A l'institution des écoles de plein air, nous devons adjoindre celle des colonies de vacances. La *Ragged*

School Union and Shaftsbury Society et la *Children's Country Holidays fund* envoient à la campagne, chaque année, plus de 50.000 des enfants de Londres.

On choisit des enfants de cinq à quinze ans, non malades, mais débiles, de préférence ceux que nous appelons, en France, les *pré-tuberculeux*.

Le système le plus adopté est celui du *Camping* : les enfants partent sous la conduite de professeurs et vont séjourner au bord de la mer ou dans la campagne. Ils emportent avec eux tout ce qui sera nécessaire à leur existence ; ils dressent leur tente, font leur cuisine, leur ménage ; en dehors des heures de corvée, ils jouent et s'entraînent aux sports.

Il est une autre organisation plus importante encore, par le nombre considérable des enfants qui en est l'objet : celle des *Boy Scouts*, instituée par le général Baden-Powell ; les enfants qui en font partie sont âgés de dix à seize ans et de bonne santé générale. Tous les samedis ils partent en bande faire de petites manœuvres ; en été ils font du *Camping*. Le but recherché est le développement physique de l'enfant.

CHAPITRE VII

L'HABITATION HYGIÉNIQUE EN ANGLETERRE

Garden Cities

Il nous a paru indispensable d'étudier, au cours de notre mission, les efforts faits en Angleterre pour résoudre le problème de l'habitation salubre : c'est un des points les plus importants de la prophylaxie anti-tuberculeuse.

De tout temps, le peuple anglais, plus peut-être que tous les autres peuples, s'est préoccupé de l'hygiène de l'habitation.

En ce qui concerne la classe aisée, son habitude de résider loin des centres manufacturiers, la protége définitivement contre les conditions d'insalubrité dues aux agglomérations.

Quant à la classe pauvre, bien qu'un mouvement d'exode s'y dessine en ce moment, elle ne peut encore abandonner les villes industrielles ; et celles-ci recèlent dans leurs vieux quartiers, une misère que nous ne soupçonnons pas en France.

Les pouvoirs publics se sont émus ; les autorités sanitaires, les municipalités ont demandé des lois au Parlement.

Le *Housing of the working classes Act 1890* renfermait à peu près toutes les mesures les plus urgentes que pouvaient exiger les municipalités.

Le *Housing town planning Act 1909* est venu combler les dernières lacunes de l'Acte de 1890 et aujourd'hui, la législation anglaise ayant trait à la salubrité des logements ouvriers, est admirable.

Nous avons analysé à la fin du chapitre, ces deux Actes du Parlement ; ils sont, l'un et l'autre, applicables au Royaume-Uni tout entier ; quelques modifications de détail y ont été apportées en ce qui concerne la ville de Londres, l'Ecosse et l'Irlande.

Grâce à ces lois, durant ces dernières années, des quartiers entiers ont été transformés dans les villes manufacturières.

Pendant notre séjour à Manchester, le Dr Niven (*Medical Officer of Health* de cette cité) nous a montré toutes les modifications qui ont été apportées dans les quartiers insalubres de la ville ; le comité sanitaire de la cité de Manchester se réunit chaque mois, examine les rapports des inspecteurs d'hygiène et ordonne la fermeture des immeubles insalubres ou leur démolition.

La municipalité de Manchester a construit ainsi, en remplacement d'immeubles malsains, des maisons claires, aérées, destinées à la classe ouvrière, à des prix de location très bas ; c'est ainsi que l'ouvrier peut avoir une chambre pour 150 à 180 francs par an, et un appartement de trois à quatre chambres pour 300 ou 400 francs.

A Liverpool, un quartier populeux a été complètement démoli et reconstruit : des photographies prises en 1902, avant la démolition, nous montrent des rues étroites, tortueuses, souillées d'immondices ; des maisons infectes où grouille une population de 2.500 habitants. Le terrain en lui-même était assez vaste, mais la distribution des immeubles était telle, que l'air et la lumière parvenaient avec la plus grande difficulté dans les logements.

La municipalité exproprie, démolit les vieux immeubles, en construit de nouveaux. Et au lieu des habitations sordides que les photographies de 1902 nous ont montré, des maisons aérées, entourées de pelouses bien entretenues et plantées d'arbres, des rues droites, claires, propres, s'offrent aux regards.

Les sacrifices faits par la municipalité, ont permis de créer des logements, à des prix en rapport avec la condition des habitants. Le loyer annuel le plus minime est de 103 francs ; pour 250 francs, l'ouvrier et sa famille peuvent avoir un appartement comprenant une pièce commune, deux chambres à coucher, une cuisine.

Ce quartier est un des plus pauvres de la ville ; plusieurs centaines de familles y subsistent avec un gain inférieur à 12 fr. 50 par semaine.

Un point particulier du rapport du *Medical Officer of Health* de Liverpool est assez intéressant à noter : les habitants du quartier, avant 1902, étaient sales, tenaient leur chambre ou appartement dans la plus dégoûtante malpropreté ; il a suffi de changer

les mauvaises conditions d'habitation de ces misérables, pour développer en eux le goût de la propreté personnelle et domestique.

Leur mentalité même, a subi de profondes modifications : avant la reconstruction, ces ouvriers dépensaient une grande partie de leur gain au cabaret, où ils allaient chercher l'oubli de leur misère ; aujourd'hui, trouvant le confortable chez eux, ils y apportent leur salaire.

La suppression des causes d'insalubrité eut sa répercussion sur les statistiques de mortalité :

Avant 1902, la mortalité globale de ce quartier s'élevait à 40 o/oo. En 1910, c'est-à-dire huit ans après la reconstruction, elle n'a pas atteint 27 o/oo et comme le fait remarquer le *Medical Officer of Health*, il est nécessaire de bien spécifier que la population n'a changé, ni en qualité, ni en quantité ; ce sont ceux-là même, qui avaient été dépossédés par l'expropriation et qu'on avait abrités momentanément, qui ont repris possession des nouveaux logements ; le terrain très vaste avait permis la reconstruction d'immeubles en quantité suffisante.

Ces exemples de Manchester et de Liverpool pourraient être multipliés à l'infini. Par leur exposé, nous avons simplement voulu démontrer les bienfaits des lois de 1890 et de 1909.

GARDEN CITIES

Les lois que nous venons d'étudier seront, dans leurs effets multiples, favorables à l'hygiène.

Dans les grandes villes, les agglomérations insalubres sont remplacées peu à peu par de nouveaux immeubles, qui ne peuvent abriter tous les habitants dépossédés par les démolitions ; c'est ainsi qu'à Liverpool, un quartier de 4.200 immeubles n'en comprenait plus que 830 après la reconstruction.

Il en résulte un mouvement d'exode important de la part des petits employés et des ouvriers.

Cet exode, de plus en plus marqué, s'il n'a pas provoqué la création des *Garden Cities*, a été la cause de leur réussite.

Les *Garden Cities* sont des villes ou des villages, créés sur des landes ou des terrains destinés jusque-là à la culture.

La particularité qu'offrent ces *Garden Cities*, est que toute famille y possède sa maison, si petite soit-elle, entourée d'un jardin.

Nous comprendrons dans les *Garden Cities* d'autres agglomérations, créées dans les environs immédiats d'une grande ville, et qu'on appelle les *Garden Suburbs*.

Voyons rapidement sous quelles influences se sont développées les *Garden Cities*.

En 1899, grâce aux idées émises dans une publication de M. M. A. Howard : *Garden Cities To*

morrow (1), dans laquelle l'auteur fait l'apologie de la vie des champs et montre sous de noires couleurs les effets de l'agglomération des villes, une association se créa : la *Garden City Association.*

Cette association avait pour but de préconiser, par des conférences et des brochures, les bienfaits de l'exode des villes, de la vie au grand air ; d'aider par ses conseils avisés les comités financiers qui voudraient se former pour créer des *Garden Cities ;* de provoquer au Parlement des lois favorisant le développement de ces dernières.

Cette société est actuellement assez riche, pour mettre en vente à un prix très accessible au public, de somptueuses brochures, où elle chante la louange des cités-jardins et frappe l'imagination à l'aide de photographies suggestives, prises dans les plus jolis coins des nouvelles *Garden Cities.*

Le peuple anglais adore les arbres, les fleurs, la verdure et, certes, l'influence de ces brochures doit être considérable.

Cette association est devenue assez importante, pour avoir l'oreille du Parlement, et la loi de 1909 contient des articles, favorisant hautement le développement de ces villes nouvelles (2).

Sous l'influence de la *Garden City Association*, et grâce à ses conseils, la première société financière se fonde en 1902 : la *Garden City Pioneer Company Limited* au capital de 500.000 francs.

---

1. *Ce que seront les cités-jardins de demain.*
2. Voir ces articles à la fin du chapitre.

En 1903 cette société disparaît, transférant son actif à une nouvelle société qui se crée sous le nom de *First Garden City Limited* au capital de 7 millions 500.000 francs. Ce capital, divisé en actions de 25 francs et de 100 francs, est couvert rapidement ; la plupart des habitants actuels des *Garden Cities* sont d'ailleurs actionnaires de leur société.

Il est établi dans les statuts de cette société, que les intérêts attribués aux actionnaires ne devront pas dépasser 5 o/o du capital ; l'excédent sera versé au profit de la cité nouvelle et contribuera à son amélioration.

La société achète un terrain de 1.600 hectares à Leitchworth (comté de Hertford) ; des plans, prévoyant une population maximum de 30.000 habitants, sont dressés. Bientôt les rues, les conduites d'eau, de gaz, d'électricité, les égouts sont terminés, et la première construction est prête à être habitée en septembre 1904. Nous verrons plus loin la description de *Leitchworth Garden City*.

La *First Garden City Limited* donne l'exemple à un grand nombre de sociétés qui se fondent dans le même but, et en six années, il en est plus de vingt qui construisent dans toute l'Angleterre et l'Écosse, un nombre considérable de *Garden Cities* plus ou moins importantes.

La plupart de ces sociétés sont affiliées à la *Copartnership Tenants Limited*.

Ce groupement financier qui, en 1906, possédait un capital en immeubles et en terrains de 2 millions

200.000 francs, voit ce capital dépasser 20.000.000 de francs en 1910. Nous n'avons cité là qu'une des branches les plus importantes des sociétés existantes actuellement ; c'est dire assez l'extension qu'a pris, en Angleterre, le mouvement des *Garden Cities*.

Pendant cette évolution financière, la *Garden City Association* ne perd pas ses droits. Elle crée des ramifications prospères à Manchester, à Liverpool, à Newcastle, dans l'est et dans l'ouest de l'Écosse.

Actuellement, cette Association est devenue un véritable bureau d'information international ; elle s'est mise à la disposition de tous les pays. En Allemagne, en Russie, des associations se sont fondées sur son exemple ; en Italie, en Suède, en Roumanie, en Serbie, en Turquie, on étudie la question des maisons ouvrières, d'après le système anglais.

Nous avons dit que dans la Grande-Bretagne toute entière, des *Garden Cities* existent ou sont en formation ; tantôt, comme dans les environs de Manchester, de Newcastle, ce ne sont que des villages, des groupes de 100 à 200 cottages ; tantôt, comme à Leitchworth, il s'agit d'une véritable cité autonome ; tantôt, enfin, comme à Hampstead et à Ealing près de Londres, on rencontre un simple développement suburbain des grands centres (*Garden Suburb.*).

L'importance, le luxe de ces cités, est en rapport avec les besoins de la poplation : à *Bourneville Village* près de Birmingham, à *Colliery Village* près

de Doncaster (habité exclusivement par des mineurs), nous trouvons des maisons d'un loyer minimum de 280 francs (1) ; à Ealing, à Hampstead, les loyers varient entre 400 et 1.500 francs : ce ne sont plus là des cités pour la population ouvrière pauvre ; on y rencontre surtout des employés plus ou moins aisés.

Pour donner une idée précise de ce qu'est une *Garden City*, prenons comme exemple Leitchworth, la doyenne des cités-jardins : elle a huit années d'existence.

Leitchworth Garden City. — Nous avons vu, qu'en 1904, la première pierre de cette ville future avait été posée par la *First Garden City Limited*, sur un terrain de 1.600 hectares, situé dans le comté d'Hertford.

Ce terrain (champs et terrains boisés) comprenait, lors de l'achat, deux villages possédant 400 habitants.

La ville, après complet achèvement, ne devra occuper qu'un tiers de la surface totale du terrain ; le reste est conservé pour l'agriculture et pour la construction d'usines.

La zone extérieure est morcelée et louée aux habitants qui veulent se livrer à la culture et à l'élevage,

---

1. Les maisons les plus modestes possèdent l'eau, le gaz, souvent l'électricité, toujours une salle de bains.

dont les produits sont destinés à l'alimentation des habitants de la cité.

Le terrain réservé aux manufactures et aux usines, dont le voisinage immédiat pourrait gêner la ville, comprend 44 hectares et est situé à l'est (les vents dominants étant ceux d'ouest). Une station de chemin de fer dessert le centre industriel et un rideau de grands arbres l'isole de la cité.

Six usines ou manufactures y étaient établies en 1906 ; en 1910, vingt-cinq sont en plein fonctionnement. Ces industries attirent des ouvriers, des employés qui deviennent tous des habitants de la nouvelle cité.

Vingt-cinq hectares ont été réservés à ce que les Anglais appellent des *Commons*, grandes pelouses naturelles, accidentées, souvent boisées, inaliénables et destinées à la promenade et au jeu des habitants (golf, tennis, cricket, football).

Le caractère champêtre naturel a été conservé à ces *Commons*. D'ailleurs, les *Garden Cities* ont obtenu l'autorisation de construire de telle sorte, que les arbres, les sites naturels, peuvent être respectés et c'est là une mesure admirable.

Tandis que, dans la plupart des villes anglaises, une symétrie fâcheuse, un alignement au cordeau des maisons, affectent l'œil désagréablement, il n'en est pas de même dans les *Garden Cities :* la présence d'un ruisseau, d'un bel arbre, incite les architectes à dévier de la ligne droite, et les haies naturelles sont souvent conservées.

Ajoutons que le culte, bien anglais, du gazon et des fleurs, donne au voisinage immédiat de la maison un aspect infiniment agréable.

En 1910, c'est-à-dire sept années après la pose de la première pierre, la population de Letchworth s'élevait à 7.000 habitants.

Chaque cottage (il en existe environ 1.400 actuellement) possède un jardin plus ou moins important. Une école communale est construite ; on prévoit la construction d'une seconde ; quatre bureaux de poste et télégraphe sont installés.

Les maisons sont plus ou moins luxueuses ; toutes comprennent, en principe, une chambre commune, deux ou plusieurs chambres à coucher, une cuisine, une salle de bains.

Le loyer des cottages les plus modestes s'élève à 280 francs par an. La société propriétaire paie les impôts pour les maisons au-dessous de 500 francs de loyer.

Au point de vue financier, l'affaire est excellente ; elle a pu donner 4 o/o à ses actionnaires, à la dernière répartition.

Considérons maintenant les statistiques que nous avons pu nous procurer ; elles présentent quelque intérêt, bien que la plus ancienne des cités nouvelles n'ait que six années d'existence, à la date de ces statistiques.

Année 1909

	Leitchworth	Bourneville	Hampstead
Population	6.700	3.800	25.000
Mortalité générale pour 1.000 habitants	5,3	5,5	1,6
Mortalité par tuberculose pulmonaire pour 1.000 habitants	0,26	»	»

L'Angleterre, en 1909, donnait une mortalité générale de 14,9, et une mortalité par tuberculose pulmonaire de 1,08 pour 1 000 habitants.

Bien entendu, ces statistiques n'ont qu'une valeur relative ; il ne faut pas oublier que la population immigrante, qui constitue ces cités, est par définition jeune, active, ne présentant pas encore de déchets.

L'influence des *Garden Cities*, dans la lutte antialcoolique, est à considérer.

Dans ces cités il n'est en général toléré aucun cabaret. A Leitchworth, à Bordesly-Green, près de Birmingham, à Bourneville-Village, à Levenschulme près de Manchester, les habitants consultés décidèrent qu'aucune licence de débitant ne serait accordée.

LÉGISLATION

CONCERNANT LES LOGEMENTS D'OUVRIERS (1)

Loi de 1909. ARTICLES 15 et 17. — Toute municipalité a le devoir de faire procéder régulièrement à l'inspection des logements ouvriers (2). Tout immeuble considéré par les autorités sanitaires comme insalubre, sera fermé par ordonnance de la municipalité, jusqu'à ce que le propriétaire se soit soumis aux exigences édictées par le bureau d'hygiène.

Si, après le délai accordé au propriétaire pour effectuer les réparations, celles-ci ne sont pas faites, la municipalité les fera exécuter d'office et les frais en seront supportés par le propriétaire.

L'ordre de fermeture de la maison est envoyé par écrit au propriétaire et aux locataires ; ces derniers doivent quitter la maison dans un délai de quatorze jours. La municipalité leur octroie une indemnité pour le déménagement ; cette indemnité est payée par le propriétaire.

Le propriétaire a le droit de se pourvoir en appel au *Local Government Board*.

Loi de 1890. ARTICLES 4, 5, 6, 36. — Toute municipalité

1. Nous n'avons indiqué que les articles les plus intéressants des lois de 1890 et de 1909.

2. L'expression *logements ouvriers* implique les garnis, les petits logements des cités ouvrières ; elle est en opposition avec une expression que nous emploierons plus loin, celle de *maisons ouvrières* qui indiquera le petit cottage habité par une seule famille.

a le droit de demander au propriétaire d'un immeuble pour logements d'ouvriers, d'y faire des améliorations au point de vue sanitaire. Quand un propriétaire fait des réparations exigées par la municipalité dans un but d'amélioration, il fait vérifier les frais des travaux par un inspecteur désigné par la municipalité, et celle-ci lui paie chaque année et pendant trente ans une somme égale à 6 o/o des dépenses.

Loi de 1909. Article 38. — Les immeubles pour logements ouvriers, dont les loyers sont inférieurs à 220 francs par an, sont exemptés des impôts de la couronne dits *inhabited house duty* (1).

Loi de 1890. Article 34. — Un immeuble insalubre peut être démoli sur la demande des autorités sanitaires. L'ordre de démolition, émanant de la municipalité, est donné au propriétaire ; si dans un délai de trois mois, celui-ci ne s'y est pas conformé, la municipalité peut faire exécuter les travaux de démolition ; les dépenses qu'impliquent ces travaux sont prélevées sur le produit de la vente des matériaux.

Loi de 1890. Article 11. — Dans le cas où les autorités sanitaires jugent la mesure nécessaire, un groupe d'immeubles peut être exproprié par la municipalité et démoli par ses soins. Dans ce cas, la municipalité est tenue de donner aux locataires des immeubles expropriés, d'autres logements situés dans le même district.

Loi de 1890. Article 12. — Les municipalités ne peuvent acheter de terrains qu'après autorisation des pouvoirs publics. Après l'achat et la démolition des immeubles, s'il y

---

1 Correspondant à nos impôts fonciers.

a lieu, les municipalités peuvent faire construire sur le terrain des maisons pour logements ouvriers. Les municipalités peuvent aussi vendre ou louer ces terrains, à la condition qu'ils serviront à la construction de maisons pour logements ouvriers, dans les conditions exigées par les autorités sanitaires.

Loi de 1890. ARTICLE 24. — Toute municipalité doit posséder un fonds spécial, appelé « fonds d'amélioration des logements ouvriers » (*lodging houses improvement fund*) qui est constitué par des emprunts soumis à des règlements décrits dans la loi (1).

Loi de 1890. ARTICLE 38. — Tout immeuble qui, par sa situation, est une cause d'insalubrité pour un immeuble voisin peut être, après rapport des autorités sanitaires, démoli par ordre de la municipalité.

Dans ce cas, la municipalité exproprie l'immeuble ; le propriétaire de celui-ci peut cependant éviter l'expropriation, mais à la condition qu'il s'engage à le démolir. Dans le cas où la suppression de l'immeuble augmente la valeur des propriétés avoisinantes, la municipalité taxe les propriétaires de celles-ci, au profit du propriétaire de l'immeuble démoli.

Loi de 1909. ARTICLE 10. — Quand les municipalités n'ont pas pris les mesures ci-dessus édictées, ayant pour but la fermeture, la démolition, l'expropriation d'immeubles insalubres, si cela paraît nécessaire au conseil de comté, au conseil de paroisse on simplement à quatre habitants

---

1. Nous n'avons pas cru devoir nous étendre sur ce sujet.

imposés du district, une réclamation peut être adressée au *Local Government Board* par les requérants ; le *Board*, après une enquête, s'il juge la réclamation fondée, exige de la municipalité qu'elle prenne des mesures pour l'exécution des travaux, dans un délai limité.

L'ordonnance du *Local Government Board* doit être soumise aux deux Chambres du Parlement ; mais en cas de contestation, les tribunaux restent seuls juges de la validité de l'ordonnance.

Loi de 1890. Article 57. — Les municipalités peuvent acquérir des terrains dans le but d'y construire des immeubles pour logements ouvriers. Elles peuvent aussi acheter et louer ensuite, des immeubles déjà existants.

Loi de 1890. Article 61. — Les municipalités administrent, réglementent, contrôlent les immeubles bâtis ou acquis par elles, et louent les logements aux prix qui leur semblent légitimes.

Loi spéciale à la ville de Liverpool (*Liverpool Town Planning Act 1908*). — La ville de Liverpool, en outre des avantages que lui confèrent les lois générales de 1890 et de 1909, a obtenu du Parlement en 1908, une loi spéciale qui lui donne des pouvoirs que ne possèdent pas les autres villes : élargissement des rues, alignement des maisons, créations de jardins publics, etc, etc...

LÉGISLATION

CONCERNANT LES MAISONS OUVRIÈRES (1)

(*Garden Cities*)

Loi de 1890. ARTICLE 67. — *Contribution des municipalités.* — Les municipalités peuvent subventionner, à titre de prêt, toute société ou association ayant pour but la construction ou l'amélioration de maisons ouvrières.

Tout propriétaire d'un terrain ou toute société propriétaire d'un terrain, ayant l'intention de construire ou d'améliorer des maisons ouvrières, peut faire un emprunt à la municipalité.

Ces emprunts sont faits d'après les clauses suivantes (2) :

La période pour le remboursement des sommes prêtées n'excédera pas quarante ans ;

La somme prêtée, sur garantie d'hypothèques du terrain ou des maisons qui y sont construites, ne pourra dépasser les deux tiers de la valeur totale de la propriété (3) ; mais

---

1. Nous avons déjà dit que le terme des *maisons ouvrières* implique l'idée de maisons particulières. Il est différent de celui *d'immeubles pour logements ouvriers.*

2. Nous n'avons introduit ici que les clauses les plus importantes.

3. Le texte de la loi de 1890 comportait « la moitié » ; c'est l'amendement de 1909 qui a adopté les « deux tiers ».

d'autres emprunts peuvent être faits, au fur et à mesure des constructions, et sont garantis par des hypothèques prises sur celles-ci.

Loi de 1909. Article 54. — *Constructions des Garden Cities* (1). — Les projets de *Town Planning* sont soumis à l'approbation du *Local Government Board;* ils peuvent être faits soit par des municipalités, soit par les propriétaires particuliers du terrain.

La décision prise par le *Board* au sujet du projet qui lui est soumis, est sans appel.

Lorsque le projet est approuvé par le *Board*, il est publié dans le journal officiel (*London Gazette*) et si, durant la période de vingt et un jours il n'y est fait opposition, l'ordonnance du *Board* concernant ce projet est soumise aux deux Chambres du Parlement. Si l'une des Chambres s'oppose au projet, celui-ci est rejeté.

Loi de 1909. Article 44. — Les règlements concernant la ville future, sont soumis au *Local Government Board* qui peut s'opposer à ceux qui ne lui paraissent pas justifiés.

Loi de 1909. Article 57. — Tout bâtiment existant sur le terrain où devra être édifiée la nouvelle cité, pourra être exproprié.

Loi de 1909. Article 61. — Le propriétaire d'un terrain, ou la société qui désire établir un *Town Planning* et qui rencontre une opposition de la part de la municipalité, peut en appeler au *Local Government Board* qui fait une enquête ;

---

1. L'expression employée par la loi est *Town Planning*, soit : *projet d'une cité nouvelle.*

si le *Board* est favorable au projet, il peut l'imposer à la municipalité.

Loi de 1909. ARTICLE 55. — Le *Local Government Board* peut établir une réglementation du *Town Planning* concernant les mesures à adopter pour les rues, l'éclairage etc., l'alignement des bâtiments, la préservation des sites naturels ou des monuments historiques.

Il peut aussi décréter la modification ou l'abrogation des servitudes existant sur le terrain de la nouvelle cité, et qui pourraient gêner le projet.

Loi de 1909. ARTICLE 58. — Si l'établissement de la cité provoque une diminution dans la valeur d'une propriété voisine, le possesseur de cette dernière a droit à une indemnité.

Au contraire, si une propriété augmente de valeur par le fait de l'établissement de la nouvelle cité, le propriétaire ou la société qui a entrepris la construction de la cité, aura droit à une somme égale à la moitié de l'augmentation de valeur ladite propriété.

CHAPITRE VIII

LES EFFORTS COLLECTIFS DANS LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

MUTUALITÉS

L'assurance obligatoire contre la maladie n'existant pas en Angleterre, les malades pauvres sont secourus, comme en France, par les bureaux de bienfaisance (représentés par les *Boards of Guardians*), les sociétés de secours mutuels et la charité privée.

Nous n'aurions donc rien de particulier à noter à ce sujet, si un essai d'une portée générale immense n'avait été tenté par un grand nombre de sociétés amicales affiliées (*friendly societies*) et de syndicats ouvriers (*trade-unions*).

Le but poursuivi est le traitement précoce des ouvriers tuberculeux dans un sanatorium, construit, entretenu et administré par une association :

The national Association for the establishment and maintenance of Sanatorium for Workers suffering from Tuberculosis.

Cette Association résulte de l'ensemble de deux mouvements, émanant de syndicats ouvriers.

Le premier prit naissance au Congrès des employés des postes à Leeds, en 1903 ; le second, de discussions au sein de diverses sociétés amicales et d'associations ouvrières : après entrevue des délégués de ces divers groupements, il fut entendu que les efforts seraient réunis.

L'Association fut fondée en 1905, et dans sa première réunion, prit les décisions suivantes : un sanatorium de 200 lits serait construit (par souscription publique), dans des conditions aussi modestes que possible. Après la construction et l'installation définitive, le sanatorium devrait vivre par ses propres moyens. Dans ce but, les sociétés de secours mutuels et les syndicats ouvriers, affiliés à l'Association, s'engageaient à entretenir un certain nombre de lits, au taux de 815 francs par lit et par an.

En quelques mois, la somme nécessaire fut souscrite, et la plupart des sociétés ouvrières, affiliées à l'Association, participèrent à la fondation du sanatorium ; le Ministre des Postes mit à la disposition du comité d'organisation, les amendes payées par les emplo és.

Un terrain de 100 hectares fut acheté à Benenden dans le Kent, au prix de 145.000 francs, et la première pierre du sanatorium fut posée le 14 juillet 1906.

L'établissement était ouvert en mars 1907. Il pouvait recevoir au début 68 malades, mais on prévoyait

pour l'avenir l'adjonction de pavillons, qui permettraient d'hospitaliser 200 malades (1).

En mettant à part l'achat du terrain, le prix du lit s'élève à 2.500 francs.

Nous ne décrirons pas ce sanatorium, qui présente tout le confortable nécessaire : eau à profusion, lumière électrique, appareils de désinfection très perfectionnés, etc., etc.

Autant que leur état le leur permet, les malades sont occupés à divers travaux.

De plus, une colonie *d'after care* (2) a été organisée ; dans ce but on utilisa deux fermes qui existaient sur le terrain. L'une de ces fermes sert d'école pour les malades qui, abandonnant leur ancienne profession, veulent désormais se livrer à la culture.

Le sanatorium de Benenden nous donne l'exemple d'un effort vraiment nouveau, fait par les classes ouvrières elles-mêmes, pour lutter contre la tuberculose, sans le secours des pouvoirs publics.

Cette Association (3) dont nous avons décrit la genèse, crée un précédent admirable.

Grâce à son exemple, toutes les sociétés de secours mutuels, les associations ouvrières, s'apercevront

---

1. Un nouveau pavillon de 20 lits, destiné à des femmes, a été ouvert cette année.

2. « Après traitement ».

3. Elle est constituée par un nombre considérable de sociétés ; certaines d'entre elles sont très importantes : c'est ainsi que la *Hearts of Oaks Benefit Society* comprend 300.000 membres et possède un fonds de réserve de 75 millions.

bientôt des profits matériels et moraux qu'elles peuvent réaliser en s'organisant pour offrir à leurs membres un traitement au sanatorium, d'autant plus efficace, qu'il aura été plus précoce.

Le « dépistage » des cas de tuberculose au début, a été, de la part du conseil de l'Association, l'objet d'une étude toute particulière ; des brochures, attirant l'attention sur les premiers symptômes de la maladie, sont envoyées aux membres des sociétés affiliées ; des imprimés, destinés à fournir les données nécessaires à l'établissement d'un diagnostic précoce, sont remis aux médecins traitants. Ces certificats sont ensuite examinés par un médecin de l'Association, qui décide si le malade doit être envoyé au sanatorium.

Cette organisation permettra, dans un avenir prochain, de se rendre un compte exact de la valeur des sanatoriums pour classes ouvrières ; l'association, en effet, ne perd jamais de vue les sociétaires qui ont été l'objet du traitement au sanatorium, et garde, dans ses fiches, toute l'histoire de leur maladie.

Cependant, quels qu'étendus que soient ces efforts collectifs, ils ne peuvent avoir toute la portée d'une assurance obligatoire contre la maladie.

En effet, tant qu'ils sont en bonne santé, beaucoup de travailleurs ne font pas partie de sociétés de secours mutuels ; ils sollicitent bien leur admission dès que la maladie les touche, mais ils ne l'obtiennent pas toujours ; c'est ainsi, par exemple, que la *Hearts of Oaks Benefit Society* exige, avant l'admission, un

examen médical assez approfondi, et repousse certaines classes de travailleurs, comme celle des mineurs.

En ne se plaçant qu'au point de vue exclusivement financier, des études ont été faites en Angleterre, dans le but de savoir si les sociétés d'assurances sur la vie et les sociétés de secours mutuels avaient intérêt à « dépister » parmi leurs membres, les cas de tuberculose au début, et à les hospitaliser dans des sanatoriums.

En 1901, M. Hoffmann (1) fit des recherches à ce sujet ; il se basa sur les statistiques de sociétés d'assurances sur la vie ; ses conclusions furent les suivantes :

Les compagnies d'assurances n'ont aucun intérêt financier à prolonger la vie de leurs assurés tuberculeux par un séjour au sanatorium ; les dépenses que comporterait une telle mesure, ne seraient pas compensées par les revenus. La tuberculose fait moitié moins de victimes parmi les assurés sur la vie, que parmi les autres individus ; cela tient à ce que les sociétés d'assurances n'accordent leurs polices qu'après un examen médical approfondi, comprenant en particulier l'étude des antécédents de la famille du postulant.

Mais, en ce qui concerne les sociétés de secours mutuels, la situation n'est pas la même ; certaines

1. Newsholme, *loc cit.*, p. 374.

d'entre elles soumettent bien leurs membres à un examen médical avant leur entrée dans l'association, mais leurs exigences sont moindres que celles des sociétés d'assurances ; aussi la tuberculose y fait-elle d'importants ravages.

Il semble bien démontré que les mutualités ont un intérêt financier à « dépister » et à traiter la tuberculose au début, parmi leurs sociétaires.

Il résulte tout d'abord des recherches faites d'après les statistiques, que le tuberculeux coûte aux sociétés trois fois plus que tout autre malade.

M. Chapman, le président de l'*Association for the Prevention of Tuberculosis*, a examiné les statistiques d'une société de secours mutuels considérable *The ancient order of Foresters* (1) ; ces statistiques furent établies sur vingt-quatre années, de 1880 à 1904.

Nous ne nous étendrons pas sur les calculs compliqués auxquels s'est livré M. Chapman. Cet auteur démontre que les malades atteints de tuberculose pulmonaire, meurent en moyenne quinze ans plus tôt que les autres et que chaque tuberculeux entraîne la société dans des dépenses, supérieures de 650 francs, à celles que cause tout autre malade.

M. Chapman en induit que, si un traitement au sanatorium était appliqué dès le début de la maladie, chaque tuberculeux pourrait gagner quinze ans de survie ; ce traitement ne coûtant que 400 francs par

1. *Report of the Local Government Board*, 1905-1907. — *Supplement in continuation of the Report of medical Officer*, p. 400.

malade environ, la société aurait un bénéfice de 250 frs.

M. Burns, secrétaire de la *The Hearts of Oaks Benefit Society*, fit des calculs du même ordre que ceux de M. Chapman, en se basant sur les statistiques de dix années : étant donné que cette société paie une certaine somme par semaine à ses malades, il recherche combien de semaines de maladie peuvent être attribuées aux malades en général et combien, aux tuberculeux en particulier.

Il arrive ainsi à démontrer qu'au bout de dix ans, chaque tuberculeux a coûté à la société 430 francs de plus que tout autre malade. M. Burns pense que cette somme eût été suffisante pour payer un séjour au sanatorium, qui dans beaucoup de cas aurait permis au malade amélioré de reprendre sa vie normale.

Le raisonnement de MM. Chapman et Burns est un peu spécieux ; il contient une hypothèse : le traitement au sanatorium est-il susceptible de prolonger, autant que l'estiment ces auteurs, la vie des tuberculeux ?

Cela n'est pas démontré ; néanmoins, leurs conclusions doivent être prises en considération par les mutualités; quand même celles-ci n'obtiendraient aucun bénéfice financier immédiat, en traitant leurs tuberculeux au sanatorium dès le début de la maladie, elles seraient en droit de prévoir pour l'avenir une diminution dans la morbidité tuberculeuse de leurs membres. Elles s'habitueraient à dépister les tuber-

culeux, dès l'apparition des premiers symptômes, et obtiendraient ainsi des guérisons définitives, plus fréquentes qu'elles ne le sont actuellement.

Associations philantropiques

Deux grandes associations existent en Angleterre, ayant pour but la lutte contre la tuberculose.

The National Association for the Prevention of Consumption qui étend ses ramifications dans toutes les villes du Royaume-Uni et la *Women's National Health Association of Ireland*, destinée exclusivement à la lutte en Irlande.

La *National Association for the Prevention of Consumption*, compte parmi les membres de son conseil les plus grands noms de l'Angleterre, les hommes les plus distingués, tant par la naissance, que par la valeur scientifique ou sociale.

Son seul objet est de lutter contre la tuberculose par l'éducation du public ; ses moyens d'action sont : les conférences, la distribution de brochures, les articles de presse, les sollicitations auprès des Pouvoirs publics (1).

Mais de tous ces moyens, ceux qui ont le plus d'action sont des expéditions (2) ayant pour but de vulgariser, dans les coins les plus reculés, les con-

---

1. C'est grâce à l'influence de cette association que la plupart des sanatoriums publics ont été construits en Angleterre (*Report of the Medical Officer of Health of the Local Government Board.* 1908, p. 133).

2. Que les Anglais appellent des croisades (*crusades*).

naissances nouvelles concernant la tuberculose et sa prophylaxie (1).

Ces campagnes coûtent cher, mais l'argent abonde ; l'Anglais de toutes les classes donne facilement pour des œuvres ayant un intérêt collectif, alors même que le but immédiat lui échappe.

Nous avons sous les yeux des brochures distribuées à profusion dans toute l'Angleterre par l'Association ; le style en est concis, clair, les images abondent : l'une démontre l'influence sur la santé de la vie au grand air, préconise en particulier l'air frais comme très salutaire ; une autre traite de la désinfection des appartements et des objets de literie ; une autre encore décrit les premiers symptômes de la tuberculose pulmonaire, invitant les malades à se présenter, au moindre indice, à la consultation du dispensaire ou à celle de l'hôpital. Mais c'est la contagion de la tuberculose, ses dangers et les mesures prophylactiques qu'elle implique, qui font l'objet du plus grand nombre de ces publications.

L'association des femmes irlandaises (*Women's National Health Association of Ireland*) emploie des moyens d'action identiques, mais son but n'est pas limité à la propagande. Elle contribue par la création de dispensaires, d'hôpitaux, de sanatoriums, au dépistage des tuberculeux et à leur traitement. Des nurses sont envoyées chez les malades pauvres, et des secours matériels sont distribués à ces derniers.

1. Nous en retrouverons plus loin la description faite par notre Consul de France à Dublin à propos de la lutte en Irlande.

Pour exposer l'œuvre de l'Association irlandaise, nous ne pouvons mieux faire que d'introduire ici les renseignements que M. Brouzet, Consul de France à Dublin, a bien voulu nous communiquer :

« Il y a quatre ans, Lady Aberdeen, qui est présidente de la *Women's National Health Association of Ireland*, décida de tenter la lutte contre la tuberculose, véritable fléau de l'Irlande, pays qui comptait jusqu'ici parmi les centres tuberculeux les plus importants.

» Les débuts de la campagne furent très difficiles et il fallut la ténacité, le dévouement et l'énergie de la promotrice, pour que cette campagne réussît. Il fallait, non seulement lutter contre la maladie elle-même, mais encore contre l'état relativement peu avancé de certaines populations de l'Irlande, notamment dans l'ouest (où la population est clairsemée et pauvre). A cela venait s'ajouter le mauvais vouloir et l'opposition de tous ceux qui vivent des touristes (hôteliers, agences de transport, etc.), qui prétendaient qu'il était absolument inutile de crier au monde que l'Irlande était un foyer de tuberculose, ce qui ne manquerait pas d'empêcher les touristes d'affluer dans l'île.

» Après une expérience de plusieurs années, les faits ont donné raison à Lady Aberdeen : non seulement les décès dus à la tuberculose ont diminué dans de notables proportions, mais encore les agences, les compagnies de chemin de fer et de

transport ont déclaré que l'affluence des touristes n'avait nullement diminué.

» Maintenant, même dans les districts les plus éloignés, *on dort les fenêtres ouvertes*. Ce résultat seul suffit à montrer que les efforts faits pour combattre la tuberculose n'ont pas été vains, et que l'on se rend parfaitement compte des mesures d'hygiène à suivre.

» Quant aux moyens employés par Lady Aberdeen pour lutter contre le fléau, les voici en quelques mots :

» Tout d'abord, elle s'entoura de conseillers techniques ; puis elle fonda la *Women's National Health Association*, dont elle est la très active présidente et qui a maintenant des branches dans tous les coins de l'Irlande. Un journal mensuel, appelé *Slainte* (qui signifie « santé » en langage celtique) est l'organe, fort lu, de cette association.

» Lady Aberdeen organisa tout d'abord des tournées. On utilisa des « roulottes » qui pénétraient jusque dans les centres les plus lointains. De véritables missionnaires, choisis soit parmi les médecins, soit parmi des dames de la *Women's Health Association*, les accompagnaient et étaient chargés de porter partout la bonne parole. Quand la roulotte arrivait dans un village, on donnait une conférence soit à la mairie ou dans tout autre lieu public, soit même en plein air. Chose étonnante, dès le début, les habitants des campagnes, surtout les femmes, vinrent en masse assister à ces conférences ; chose plus éton-

nante encore, les populations mirent à profit les indications qui leur étaient données. Ces conférences étaient d'ailleurs agrémentées de projections appropriées.

» On cherchait à imprimer dans l'esprit des paysans qu'il ne fallait pas hésiter à se faire soigner et qu'une hygiène bien comprise était le seul préventif contre la tuberculose et le seul moyen d'arrêter ses ravages. A cet effet, la roulotte emportait avec elle deux modèles de chambres grandeur nature, l'une saine, sans ornements ou draperies, établie conformément aux règles de l'hygiène, l'autre malsaine, avec de lourds et sales rideaux, les mille et un colifichets dont les paysans encombrent leurs chambres et qui forment de véritables nids à microbes. Bien plus, on montrait aux gens que la chambre saine, en dehors de ses qualités d'hygiène bien comprises, coûtait infiniment moins cher que l'appartement encombré et malsain.

» Pendant l'Exposition universelle de Dublin, en 1907, sur l'initiative de Lady Aberdeen, des constructeurs locaux exposèrent, dans la section irlandaise, des cottages modèles établis et meublés selon les règles de l'hygiène et dont, cependant, le coût était des plus minimes.

» Dans les villes, on fit des « expositions de la tuberculose » accompagnées de conférences. On y voyait, entre autres choses, les modèles des chambres saine et malsaine dont il est question plus haut, un petit musée pathologique destiné à mettre en évi-

dence les ravages de la tuberculose, tant chez les adultes que chez les enfants ; des viandes d'animaux sains et d'animaux tuberculeux y étaient exposées et l'on avait même amené des vaches tuberculeuses, pour montrer aux mères de famille de la campagne de quels animaux il fallait se méfier et même se débarrasser.

» Mais l'activité de la Vice-Reine ne s'arrêta pas là : elle donna toujours et partout de sa personne, s'occupant de tout ce qui avait trait à la campagne entreprise. De toutes parts, des sanatoria et des preventoria furent établis. Des souscriptions vinrent d'un peu partout et notamment des États-Unis où résident beaucoup d'Irlandais émigrés.

» Lady Aberdeen a atteint son but en utilisant d'anciennes stations de garde-côtes, d'anciens hôpitaux d'isolement,etc., dont la situation était propice à l'établissement de sanatoria ou de preventoria. Il y a un an, un preventorium était établi dans les environs de Dublin et dans une excellente situation ; il y a quelques mois, Lord et Lady Aberdeen inauguraient un *home* pour les tuberculeux, également non loin de Dublin.

» Les tuberculeux ou candidats à la tuberculose,qui entrent dans les sanatoria ou preventoria ne paient que des sommes minimes ; les pauvres y sont admis gratuitement. »

C'est donc à Son Excellence M^me^ la comtesse d'Aberdeen, que revient le mérite d'avoir créé cette œuvre considérable et c'est grâce à elle que l'Irlande

voit sa mortalité par tuberculose décroître et sa race s'améliorer.

Les statistiques que nous donnons à la fin de notre travail, montrent d'une façon éloquente les résultats déjà acquis.

CHAPITRE IX

LÉGISLATION CONCERNANT LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

LÉGISLATION DE L'ANGLETERRE ET DU PAYS DE GALLES

Aucune loi spéciale, concernant la tuberculose, n'a encore été adoptée en Angleterre et dans le Pays de Galles.

Seul, un décret de 1908, émanant du *Local Government Board*, impose aux médecins praticiens la déclaration de la tuberculose pulmonaire, mais pour les malades assistés par les pouvoirs publics exclusivement.

Ce décret édicte aussi quelques mesures générales prophylactiques.

Décret de 1908 concernant la tuberculose (*Regulations as to Tuberculosis*, 18 décembre 1908).

ARTICLE PREMIER. — *Définitions* (1).

ARTICLE 2. — *Entrée en vigueur du décret.* — Ce décret

1. Suit une définition de diverses autorités que nous n'avons pas cru devoir traduire.

entrera en vigueur le 1er janvier 1909, et sous réserve des prescriptions formulées dans l'article 12, devra être appliqué dans toute l'Angleterre et le Pays de Galles.

Article 3. — Les autorités locales devront fournir aux *Medical Officers of Health* les imprimés A, B, C, D, E (1).

Article 4. — *Déclaration faite par les médecins des Poor Law Institutions* (2). — Quand un médecin de *Poor Law Institution* constate chez un malade de son établissement, des symptômes de tuberculose pulmonaire, il doit dans les quarante-huit heures remplir l'imprimé A et l'envoyer au *Medical Officer of Health* du district où était domicilié le malade avant son entrée à l'établissement.

Article 5. — *Déclaration par les District Medical Officers* (3). — Quand un *District Medical Officer* constate qu'un malade assisté présente les symptômes de la tuberculose pulmonaire, il doit dans les quarante-huit heures remplir l'imprimé B, et l'envoyer au *Medical Officer of Health* du district où le malade est domicilié.

Article 6. — *Déclaration par les Superintending Officers of Poor Law Institutions* (4). — Quand un malade, au sujet duquel une déclaration a été faite selon l'article 4, sort d'un établissement hospitalier, le *Superintending Officer* doit,

---

1. Ces imprimés ont été placés à la fin du décret.

2. Les médecins des *Poor Law Institutions* correspondent aux médecins de nos hôpitaux.

3. Les *District Medical Officers* correspondent aux médecins de nos bureaux de bienfaisance ou des dispensaires publics.

4. Les *Superintending Officers of Poor Law Institutions* correspondent aux directeurs des hôpitaux.

dans les quarante-huit heures, remplir la formule C, et l'envoyer au *Medical Officer of Health* du district où est domicilié le malade.

Article 7. — *Déclaration par les Relieving Officers* (1). — Quand un malade pauvre, au sujet duquel une déclaration a été faite selon l'article 5, change de domicile, le *Relieving Officer* du district où ce malade réside ou a résidé doit, dans les quarante-huit heures, après s'être procuré les renseignements nécessaires, remplir la formule D et l'envoyer au *Medical Officer of Health* du district où la personne a l'intention de résider.

Article 8. — *Talons de registres à souches et honoraires médicaux* — Tous les médecins ou chefs de services qui, d'après ces règlements, font usage des imprimés, doivent en même temps remplir les talons du registre à souches avec des renseignements semblables à ceux qui sont indiqués sur les formules. Les médecins et chefs de services, qui envoient des déclarations aux *Medical Officers of Health*, ont droit à des honoraires qui seront payés par les autorités locales du district où le médecin exerce; ces honoraires seront de 1 fr. 25 par déclaration pour les médecins, et de 0 fr. 30 pour tous les chefs de services non médecins (*Superintending et Relieving Officers*).

Aucun honoraire ne sera payé, si les renseignements que comporte l'imprimé ne sont pas transcrits sur le talon.

Tous les chefs de services qui touchent des honoraires doivent, tous les trois mois, inscrire sur le formule E les

---

1. Le *Relieving Officer* est un fonctionnaire municipal chargé de distribuer des secours aux pauvres non hospitalisés.

sommes qui leur sont dues ; ce compte doit être envoyé aux autorités locales avec les talons des registres à souche.

Après vérification, les sommes dues seront payées à l'intéressé et tous les talons des registres à souche lui seront retournés.

Article 9. — *Pouvoirs conférés aux autorités locales.* — 1° Dans le cas où un indigent atteint de tuberculose pulmonaire est en cause, il sera interdit de s'autoriser d'aucun article de ce décret pour prendre des mesures pouvant causer un dommage quelconque au malade ou à son entourage ;

2° Toute autorité locale, après avis de son *Medical Officer of Health*, a le droit :

a) De désinfecter les locaux et les objets contaminés;

b) De faire détruire les objets qui pourraient être la cause de la propagation de l'infection ;

c) De secourir matériellement les malades pauvres soignés à domicile, et en particulier de faire le nécessaire pour diminuer les risques de contagion dans l'entourage du malade, dans le cas où celui-ci couche dans une chambre commune ;

d) De fournir tous les objets (crachoirs, mouchoirs de papier, etc.) ayant pour but d'éviter la propagation de l'infection;

e) De distribuer des brochures, contenant les renseignements et les instructions concernant la tuberculose pulmonaire et indiquant les précautions qu'il est nécessaire de prendre pour éviter la contagion.

Article 10.— *Dépenses des Poor Law Authorities* (1). —

1. Voir lexique.

Ces dépenses seront supportées conformément aux règlements édictés par les *Poor Law Regulations* (1).

Article 11. — *Intervention du Local Government Board dans les contestations.* — Si, au cours de l'application de ces règlements, il s'élève des contestations ou se produit des différends, le *Local Government Board* a tous pouvoirs pour trancher la question.

Article 12. — *Cas de lois déjà existantes dans un district.* — Dans le cas où un district est déjà pourvu de règlements concernant la tuberculose, ceux-ci resteront en vigueur, mais les présents règlements devront quand même être appliqués dans la mesure où ils seront compatibles avec la loi locale.

Article 13. — Ces règlements seront connus sous le nom de *Public Health* (*Tuberculosis*) *Regulations*.

Nota. — La loi de 1896, dans son article 1er, dit que :

Toute personne qui ne se soumettra pas aux mesures édictées par un décret quelconque s'exposera à une amende ne dépassant pas 2.500 francs, et, dans le cas de continuation du délit, à une amende ne dépassant pas 1.250 francs par jour.

---

1. Règlements concernant les malades assistés.

Ces pénalités sont applicables en ce qui concerne la non observation du présent décret.

Ainsi le décret de 1908 vise surtout la *déclaration* de la tuberculose. Il édicte bien quelques mesures ayant pour objet l'assistance aux tuberculeux pauvres et la désinfection des logements, mais sans insister sur la procédure à suivre dans leur application. C'est probablement pour laisser plus de liberté aux autorités locales, et ne pas heurter l'opinion publique par la mise en vigueur de mesures draconiennes.

D'ailleurs, le paragraphe 2 de l'article 9 peut être interprété de la façon la plus large, nous dit le *Medical Officer of Health* du *London County Council* (1); il confère aux autorités sanitaires des pouvoirs très étendus sur les tuberculeux pauvres. Il permet aux autorités d'offrir à ces malades une place à l'hôpital ou au sanatorium, de leur donner des secours matériels, et même de prendre des mesures pour qu'un logement plus confortable soit attribué à celui qui ne peut être hospitalisé et qui couche dans une chambre commune à d'autres membres de la famille.

C'est dans cet esprit d'ailleurs, qu'un grand nombre de municipalités, parmi lesquelles nous citerons : Hackney, Finsburg, Chelsea, ont appliqué le décret.

D'autre part, dans un *memorandum* officiel, com-

---

1. *Report of medical officer of Health* (LCC), 1909, p. 66.

plétant le décret de 1908, le *Medical officer of Health* du *Local Government Board* propose aux autorités sanitaires locales, un plan de mesures générales à adopter en vue de la lutte contre la tuberculose. Ce n'est point là un règlement administratif imposé aux municipalités, mais une simple invitation. Ces mesures générales sont à peu de choses près celles que nous avons étudiées dans le chapitre II (1) :

---

1. Comme nous l'avons déjà dit page 19, un nouveau décret a été promulgué le 12 novembre 1911, concernant la déclaration de la tuberculose.

IMPRIMÉS

relatifs au décret de 1908

Formule A

TALON	DÉCLARATION
N°.....	Au *Medical Officer of Health* de..
Désignation de l'Institution de Bienfaisance..	.....
Domicile du malade.....	Je certifice, que le malade appartenant à l'Institution de Bienfaisance de.....
Age.....	.....
Sexe.....	et au sujet duquel les renseignements sont ci-joints, est atteint de tuberculose pulmonaire.
District sanitaire de.....	Nom du malade.....
Date d'envoi de la déclaration.	Domicile.....
	Age.....
	Sexe.....
	Date.....
Signature du médecin,	Signature du médecin de l'Institution,

Formule B

La formule B est identique à la formule A, sauf que « Institution de Bienfaisance » est remplacé par « Union » (1).

1. Voir lexique.

FORMULE C

TALON	DÉCLARATION
N°.....	
Institution de bienfaisance..	Au *Medical Officer of Health* de.
Nom de l'assisté	..... Je certifie que le malade assisté, au sujet duquel les renseignements sont ci-joints, a été déclaré par le médecin de l'institution de.....
Age	..... comme atteint de
Sexe	tuberculose pulmonaire et qu'à la
Date de la sortie de l'institution.....	date du..... ledit individu a quitté l'institution pour une destination indiquée ci-dessous.
Domicile actuel ou adresse indiquée par le malade.....	Nom de l'assisté.....
District sanitaire où la déclaration a été envoyée.....	Age.....
	Sexe .....
Date d'envoi....	Domicile actuel ou adresse indiquée par le malade.
	Date .....
	Signature du Directeur de l'institution.

FORMULE D

TALON

N° .....

..... Union

Nom de l'assisté.....

Age.....

Sexe.....

District sanitaire auquel la déclaration a été faite..... .....

Date du changement de domicile..... .....

Domicile avant cette date..... .....

Nouveau domicile..... .....

Distric sanitaire où la présente déclaration est envoyée..... .....

Date d'envoi.....

Signature du *Relieving Officer* du district de.....

de l'Union de.....

.....

DÉCLARATION

..... Union.

Au Médical Officer of Health de

.....

Je certifie que l'assisté, au sujet duquel des renseignements sont ci-joints, a été déclaré comme atteint de tuberculose pulmonaire par le médecin de.....

Qu'à la date du..... l'assisté a quitté son domicile et qu'il a donné la nouvelle adresse ci-dessous indiquée :

Nom de l'assisté.....

Age.....

Sexe.....

Domicile avant la date ci-dessous indiquée..... .....

Nouveau domicile.....

Date.....

Signature du *Relieving Officer* du district de.....

de l'Union de.....

FORMULE E

Compte des honoraires dûs à.....
.....officier de.....
..... adresse.....

A.....

Les honoraires ci-dessus me sont dûs par..... pour des déclarations (dont les talons sont ci-joints) que j'ai envoyées, pendant le trimestre finissant le .....19 ..... au Médical Officer of Health de..... ..... selon les prescriptions de la loi de 1908 sur la santé publique (Tuberculose).

NUMÉRO DES DÉCLARATIONS	DATE D'ENVOI DES DÉCLARATIONS	NOM DES MALADES VISÉS DANS LES DÉCLARATIONS	HONORAIRES
		Total....	

Date. Le.....19.....

Signature : .....

Législation de l'Écosse

L'Écosse ne possède pas de lois spéciales s'appliquant à la tuberculose, mais des lois, concernant les maladies infectieuses en général, ont été adoptées au cas particulier de la tuberculose pulmonaire.

A la suite d'une enquête faite en 1905 par le *Local Government Board*, il avait été acquis que dans plusieurs districts, les autorités sanitaires faisaient des efforts pour lutter contre la tuberculose.

Afin d'apporter un appui officiel à ces efforts, et de créer dans le pays des mesures homogènes, le *Local Government Board*, le 10 mars 1906, a émis une ordonnance, qui permet de placer la tuberculose pulmonaire sous le régime du *Public Health Act 1897* et du *Infectious Disease (Notification) Act 1889* que nous donnerons plus loin.

Ordonnance du Local Government Board. (Edimbourg), 10 mars 1906. — Administrative Control of Pumonary Phtisis.

Article premier. — La tuberculose pulmonaire est une maladie infectieuse, qui rentre dans la catégorie de celles qui sont visées par le *Public Health Act (Scotland) 1897*, article 44.

Article 2. — *Désinfection*, etc. — Les articles 46, 47, 48 de l'acte de 1897 et les autres règlements concernant la désinfec-

tion, seront utilisés en ce qui concerne la tuberculose pulmonaire, et il sera du devoir de l'autorité locale de veiller à ce que les règlements soient mis en vigueur.

Lorsque des tuberculeux sont soignés à domicile, l'autorité locale devra s'assurer que la désinfection est faite à des intervalles fréquents. Il sera nécessaire de désinfecter soigneusement et entièrement, non seulement les maisons d'habitation, mais encore les ateliers ou autres endroits où le malade a pu travailler.

La désinfection ne devra pas être laissée entre les mains de l'entourage. Les chambres, vêtements et meubles ne sont efficacement désinfectés que par des personnes habituées à ce travail.

Les articles 51 et 53 permettront aux autorités locales de s'occuper des maisons et des logements ayant été habités par des locataires atteints de tuberculose pulmonaire.

L'autorité locale devra prendre des mesures pour que la désinfection soit faite périodiquement, dans tous les endroits publics, écoles, églises, salles publiques, tramways, wagons, etc.

Il est du devoir de l'autorité locale, de donner aux tuberculeux des crachoirs et des mouchoirs combustibles.

L'article 50 prohibe l'exposition de matières contaminées.

L'article 56 défend aux personnes infectées de s'exposer dans la rue ou dans des endroits publics sans prendre de précautions prophylactiques.

L'article 58 prescrit aux autorités sanitaires de veiller à ce qu'aucune personne atteinte de phtisie pulmonaire ou vivant dans une maison où se trouve un phtisique, ne puisse

manipuler de substances alimentaires, destinées à la vente.

Article 3. — *Isolement et traitement*. — Les mesures du *Public Health Act* concernant le transfert à l'hôpital des cas de maladies infectieuses (art. 54), et l'aménagement d'hôpitaux et de salles d'isolement (art. 66), doivent être utilisées pour la tuberculose pulmonaire, comme pour les autres maladies infectieuses, mais ces règlements doivent être rendus assez souples, pour pouvoir être appliqués à tous les types de cas que l'on peut diviser en trois catégories :

1° Cas précoce où le danger d'infection, quoique peu immédiat, peut se développer soudainement ;

2° Cas intermédiaire, où le malade, encore capable de travailler, peut être une cause d'infection s'il n'est pas bien surveillé ;

3° Cas avancés, où le malade peut être une source d'infection considérable.

Les hôpitaux destinés à la phtisie devront être divisés ainsi :

a) Les hôpitaux de cure ou sanatoriums pour cas de début ;

b) Les hôpitaux pour cas avancés.

Dispensaires pour tuberculeux. — Dans les villes et autres localités de population dense, la municipalité aura avantage à créer des dispensaires sur le modèle de celui d'Édimbourg.

Article 4. — *Déclaration de la tuberculose pulmonaire*. — Pour l'application effective du *Public Health Act*, un système de déclaration est essentiel.

Dans certaines localités, la déclaration est actuellement

facultative, mais les municipalités peuvent, avec l'approbation du *Local Government Board,* ajouter la phtisie pulmonaire à la liste des maladies infectieuses, conformément à la loi de 1889 (1), c'est-à-dire mettre en vigueur le système de déclaration obligatoire.

Article 5. — *Organisation et administration.* — Il est donc bien entendu, que le *Public Health Act 1897* pourra, si les municipalités l'adoptent, s'appliquer à la tuberculose pulmonaire.

Il y aurait intérêt à créer un comité spécial, *Phtisis Committee,* qui aurait le contrôle des services du dispensaire ; cette institution devrait constituer le centre administratif de toute organisation, ayant pour but la lutte contre la tuberculose.

Elle serait sous la haute direction des *Medical officers of Health* du district. La direction générale des hôpitaux serait confiée au *Phtisis Committee,* mais les détails d'organisation seraient laissés aux mains d'autorités compétentes.

Article 4. — *Conditions générales.* — Il est nécessaire de rappeler aux autorités locales, que ces mesures directes, visant la tuberculose pulmonaire, doivent être renforcées par des mesures indirectes : le transport des ordures ménagères, la diminution de l'encombrement dans les logements insalubres, l'inspection stricte des viandes, des laiteries et des étables.

---

1. *Infectious Disease Act 1889.*

Articles du public health (Scotland) Act 1897, visés dans l'ordonnance du Local Government Board.

Article 44. — La loi de 1889 (1), ayant trait à la déclaration obligatoire des maladies contagieuses devra désormais être applicable à l'Écosse.

Article 46. — Toute autorité locale pourra et, quand cela lui sera demandé par le *Board*, devra fournir dans son district, ou en dehors de son district, un local spécial avec le personnel et les appareils nécessaires à la désinfection, ainsi que les véhicules et récipients destinés au transport de la literie, des vêtements, etc.

Article 47. — Quand la municipalité, d'après l'avis de son *Medical Officer of Health*, estime que le nettoyage et la désinfection d'un logement doit être pratiqué, elle pourra faire

---

1. *Infectious Disease (Notification) Act 1889.*

Cette loi était seulement applicable à l'Angleterre, au Pays de Galles et à l'Irlande jusqu'en 1897.

Elle a trait à la déclaration obligatoire des maladies contagieuses suivantes:

Peste, variole, choléra, diphtérie, érysipèle, scarlatine, rougeole, coqueluche, fièvre typhoïde, typhus, fièvre puerpérale, dysenterie.

Elle édicte des mesures de désinfection et d'isolement, et condamne à une amende de 50 francs, tout médecin praticien qui omet une déclaration de maladie contagieuse.

Elle ne range pas la tuberculose parmi les maladies infectieuses dont la déclaration est obligatoire.

Elle n'aurait donc pas lieu d'être citée, si l'ordonnance de 1906 (art. 4), n'avait pas spécifié que les municipalités *avaient le droit* d'introduire la tuberculose pulmonaire parmi les maladies visées par cette loi.

procéder à cette désinfection et nettoyage après en avoir averti le propriétaire et le locataire intéressés.

Si le locataire ou le propriétaire informe la municipalité qu'il désire faire nettoyer et désinfecter lui-même le susdit logement, il pourra le faire sous la surveillance du service d'hygiène.

Si l'autorité locale juge nécessaire de faire évacuer l'immeuble, ou une partie de cet immeuble, pour pratiquer la désinfection, elle devra s'adresser à un magistrat compétent, qui rendra une ordonnance imposant l'évacuation de la maison et le transfert des habitants dans un autre local.

C'est la municipalité qui aura le devoir de fournir cet abri temporaire aux habitants dépossédés, ainsi que leurs moyens de subsistance, jusqu'au jour où ils pourront réintégrer leur domicile.

Lorsque la désinfection aura causé un dommage quelconque, la municipalité devra donner une indemnité au propriétaire ou au locataire suivant le cas.

Par le terme *logement* on comprendra tout abri, ou wagon ou bateau, en général tout ce qui peut servir à l'habitation humaine.

Article 48. — Toute literie, tous vêtements ou tous autres objets ayant pu être contaminés, devront être désinfectés ou détruits selon la décision des autorités sanitaires et, en cas d'oppposition de la part du propriétaire, celui-ci sera passible d'une amende ne pouvant excéder 250 francs.

Tous ces objets seront désinfectés et rendus gratuitement

à leur propriétaire ; en cas de dommage ou de destruction, celui-ci aura droit à une indemnité.

Article 50. — Toute personne jetant dans une boîte à ordures ou sur la voie publique, des matières ou des objets contaminés, sera passible d'une amende n'excédant pas 125 francs et, en cas de récidive, n'excédant pas 50 francs par jour.

L'autorité locale devra porter cet article à la connaissance de tout propriétaire ou locataire d'une maison, dans laquelle se trouve une personne atteinte de maladie contagieuse.

Article 51. — Tout propriétaire qui, en connaissance de cause, louera une maison ou partie de maison, dans laquelle aura séjourné une personne atteinte de maladie contagieuse, sans que des mesures de désinfection aient été prises, sera passible d'une amende ne pouvant excéder 500 francs.

Les tenanciers d'hôtels ou d'auberges sont compris dans cet article.

Article 53. — Lorsqu'un locataire quittera un immeuble ou un appartement dans lequel une personne de son entourage, atteinte de maladie infectieuse, a séjourné depuis moins de six semaines, il sera passible d'une amende ne pouvant excéder 500 francs :

1° S'il s'abstient de faire désinfecter la maison ou l'appartement, sous la surveillance du service d'hygiène ;

2° S'il n'informe pas le propriétaire qu'une personne atteinte de maladie contagieuse a séjourné dans la maison ;

3° Si, interrogé par le propriétaire ou toute personne qui

désire louer la maison ou l'appartement, il ne déclare pas que, moins de six semaines auparavant, une personne atteinte de maladie infectieuse y a séjourné.

Cet article devra être porté à la connaissance du locataire responsable.

Article 54. — Toute personne atteinte de maladie contagieuse et dont le logement est considéré comme ne présentant pas les garanties de prophylaxie nécessaires, ou habitant dans la même chambre que d'autres personnes, pourra après le certificat du *Medical Officer of Health*, être transférée à l'hôpital sur la demande des autorités du district. Celles-ci pourront aussi ordonner l'exclusion de la chambre occupée par le malade, de tout autre personne y habitant, et dans ce cas, devront pourvoir au logement de la personne expulsée.

Le malade transféré à l'hôpital, devra y séjourner tant qu'il sera considéré comme contagieux.

Si une personne s'oppose à l'exécution de cet article, elle sera passible d'une amende n'excédant pas 250 francs.

Article 56. — Sera passible d'une amende ne pouvant excéder 125 francs, toute personne qui :

1° Atteinte de maladie contagieuse, s'exposera volontairement et sans prendre de précautions contre la propagation de l'infection, dans une rue, un magasin, un hôtel, une église et en général dans tout lieu public ;

8° Vendra, ou exposera pour la vente, ou fera laver dans un lavoir public, des objets de literie, des vêtements etc., qui auront pu être contaminés.

Cet article ne sera pas applicable, dans le cas particulier

où les objets de literie, les vêtements, etc., seront transmis à d'autres personnes, aux fins de désinfection.

Article 58 (1). — Aucune personne, atteinte de maladie infectieuse ou habitant avec une personne atteinte de maladie infectieuse, ne devra traire un animal, cueillir des fruits, manipuler des aliments destinés à la vente.

Toute personne qui, se sachant en état de maladie infectieuse, enfreindra cet article, sera passible d'une amende ne pouvant excéder 250 francs.

Article 66. — Toute autorité locale pourra, et, si cela lui est demandé par le *Board* devra, fournir, meubler et entretenir pour l'usage des habitants de son district, atteints de maladies infectieuses, des hôpitaux temporaires ou permanents, des maisons destinées à recevoir les convalescents de maladie infectieuse ou les personnes ayant été exposées à l'infection, et dans ce but elle pourra :

1° Construire elle-même ces hôpitaux ou maisons de convalescence ;

2° S'entendre avec la direction d'un hôpital ou d'une maison de convalescence, pour hospitaliser ses malades ;

3° Avec le consentement du *Board*, et au lieu de transférer le malade à l'hôpital ou à la maison de convalescence, elle

---

1. Amendement de l'article 58 par le *Public Health Scotland Act Amendement 1907*.

L'article 58 de la loi de 1897 devra être modifié ainsi qu'il suit :

1° Après les mots « ne devra traire un animal, cueillir des fruits, manipuler des aliments destinés à la vente », on devra ajouter « Sans les précautions nécessaires pour éviter la transmission de l'infection » ;

2° Les mots « toute personne qui, se sachant en état de maladie infectieuse », devront être remplacés par les mots « toute personne qui en connaissance de cause ».

pourra employer des mesures pour soigner ces malades à domicile, en fournissant les médicaments et en procurant les soins médicaux nécessaires.

Deux (ou plusieurs) autorités locales pourront, et devront, si cela leur est demandé par le *Board*, s'associer pour la fourniture, l'ameublement et l'entretien d'un hôpital, ou d'une maison de convalescence, ou pour l'emploi de nurses.

En cas de désaccord, le *Board* tranchera la question.

Aucun hôpital, aucune maison de convalescence, ne sera subventionné sans le consentement du *Board*, et, en cas de construction, les plans devront être préalablement approuvés par le *Board*.

Législation de l'Irlande

L'Irlande est privilégiée parmi les contrées du Royaume-Uni :

Elle possède une loi spéciale et très détaillée, élaborée en vue de la lutte contre la tuberculose.

Cette loi, suivie d'un règlement d'administration publique, a été mise en vigueur en 1909 par les comtés qui ont décidé de l'adopter.

Tuberculosis prévention. (*Ireland*) *Act 1908.*

PREMIÈRE PARTIE

ARTICLE PREMIER. — *Déclaration*, — Tout médecin traitant, qui diagnostique un cas de tuberculose pulmonaire dans les conditions édictées ci-dessous, doit dans les huit jours le déclarer au *Medical Officer of Health* du district.

Le *Local Government Board,* après avoir pris les avis du président du collège royal des médecins d'Irlande et du président du collège royal des chirurgiens d'Irlande, devra de temps à autre, déterminer par des règlements, dans quelles circonstances, et surtout dans quelles formes et à quels degrés, la tuberculose sera soumise à la déclaration obligatoire ; mais, seuls, les cas de tuberculose impliquant une contagion possible, seront compris dans ces règlements (1).

Si un médecin néglige de faire la déclaration dans le délai

1. Voir règlement d'administration publique page 159.

prévu, il sera passible d'une amende ne pouvant dépasser 50 francs.

Les autorités sanitaires donneront au médecin une indemnité de 1 fr. 25 pour chaque certificat, si le cas provient d'un hôpital ou hospice public ; cette indemnité sera de 3 fr. 10 pour les autres cas. Le *Medical Officer of Health* sera considéré, au point de vue de l'indemnité, comme un médecin ordinaire.

Le fait, pour un médecin, de percevoir des indemnités de déclaration, ne sera pas incompatible avec les fonctions de conseiller de comté ou de membre des *Boards of Guardians*.

Le *Local Government Board* devra établir des règlements permettant de mettre en vigueur les prescriptions de cette loi; ces règlements devront comprendre la forme du certificat de déclaration, et il sera spécifié dans ces règlements, qu'aucune publicité ne devra être donnée à la déclaration.

Article 2. — *Désinfection et nettoyage.* — L'article 139 de la loi de 1878, concernant la désinfection, et les articles 5, 6, 15, 16 et 17 de la loi de 1890 sur les maladies contagieuses (désinfection et nettoyage), seront applicables à la tuberculose, avec les modifications nécessaires.

Article 3. — Cette première partie de la loi ne sera applicable dans un district d'Irlande, qu'après son adoption par le conseil de comté. La résolution adoptée par le conseil, devra être publiée dans les journaux locaux, et n'entrera en vigueur qu'au moins un mois après la première publication.

DEUXIÈME PARTIE

Hôpitaux et dispensaires

ARTICLE 4. — *Mesures prises par les conseils de comté pour les hôpitaux et dispensaires.* — Tout conseil de comté pourvoiera au traitement des tuberculeux pauvres, et dans ce but il pourra :

1° Créer et entretenir des dispensaires;

2° S'entendre avec la direction d'un hôpital ou d'un dispensaire, pour y faire recevoir ses malades tuberculeux;

3° Faire un emprunt, selon l'article 22 de la loi de 1896 (*Local Government Board (Ireland) Act 1896*), pour pourvoir aux dépenses occasionnées par le traitement des tuberculeux.

ARTICLE 5. — *Comités de direction.* — Les hôpitaux ou dispensaires, créés par un conseil de comté, seront dirigés par un conseil d'administration nommé par le conseil de comté. Le conseil d'administration sera composé, pour les deux tiers au moins, par des membres appartenant au conseil de comté. Les règlements intérieurs, élaborés par les conseils d'administration, devront recevoir l'approbation du *Local Government Board.*

ARTICLES 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13. — Ces articles traitent des points de détails concernant les dépenses occasionnées par la création des hôpitaux et le traitement des tuberculeux, et ne présentent pas d'intérêt pour nous.

TROISIÈME PARTIE

Mesures sanitaires

ARTICLE 14. — *Conférences et brochures.* — Les autorités sanitaires pourront, avec le consentement du *Local Government Board*, organiser des conférences et publier des brochures ayant pour but la vulgarisation des connaissances concernant la tuberculose et sa prophylaxie.

ARTICLE 15. — *Création d'un poste de bactériologiste.* — Le conseil de comté pourra nommer un bactériologiste officiel, qui sera chargé des examens de viandes, de laits, de crachats, etc. Les services de ce bactériologiste seront mis à la disposition de toutes les autorités sanitaires du comté.

ARTICLE 16. — *Prélèvement d'échantillons de laits et de produits dérivés du lait.* — Dans les districts où un bactériologiste officiel est mis à la disposition des autorités sanitaires, celles-ci pourront faire procéder au prélèvement d'échantillons de lait ou de produits dérivés du lait, destinés à la vente dans leur district.

Toute personne qui s'opposera à ces prélèvements, sera passible d'une amende qui ne pourra excéder 500 francs pour le premier délit et 1.250 francs en cas de récidive.

ARTICLE 17. — *Création d'un poste de vétérinaire sanitaire.* — Il pourra être procédé à la création d'un poste de vétérinaire sanitaire ; ce fonctionnaire sera chargé de surveiller l'application des lois de 1878 et 1886 sur les maladies contagieuses des animaux (*Contagious Diseases Animals Acts 1878 et 1886*).

Article 18. — *Abattage des vaches atteintes de tuberculose de la mamelle.* — Toute autorité sanitaire peut faire procéder à l'abattage des vaches laitières que le vétérinaire inspecteur considère comme atteintes de tuberculose de la mamelle.

L'indemnité payée au propriétaire sera conforme à celle que prescrit l'article 274 de la loi de 1878 (*Public Health (Ireland) Act 1878*); cette somme ne pourra excéder 250 francs.

Quand une vache aura été abattue, le cadavre sera détruit ou rendu au propriétaire, suivant les circonstances (1).

Toute personne qui s'opposera aux mesures édictées par cet article, sera passible d'une amende ne pouvant excéder 500 francs. En cas de récidive, cette amende pourra atteindre 1.250 francs.

Article 19. — *Inspection des étables étrangères au district.* — Le *Local Government Board*, conformément à l'article 34 de la loi de 1878 (*Contagious Diseases Animals Act 1878*) peut autoriser les autorités sanitaires d'un district, à exercer à l'égard des laiteries, situées en dehors de leur district, mais lui fournissant du lait, une surveillance semblable à celle qui est exercée dans les laiteries de leur district.

L'expression *laiterie*, employée dans cet article, comprendra les fermes, les étables, les dépôts de lait ou tout autre endroit où le lait est produit ou déposé pour être livré à la vente.

---

1. Cet article, ne spécifiant pas les conditions de destruction du cadavre, est l'objet de critiques exposées dans le chapitre des laits, p. 78.

QUATRIÈME PARTIE

Les articles 20, 21, 22, 23 et 24 de cette dernière partie, concernent les formes de juridiction qui pourront être appliquées et d'autres détails qui n'ont pas d'intérêt pour nous.

RÈGLEMENT D'ADMINISTRATION PUBLIQUE CONCERNANT LA LOI DE 1908. (*Local Government Board Order 1908*).

ORDONNANCE I. — Dans tout district ayant adopté la première partie de la loi de 1908, l'article 1er de cette loi (déclaration) sera appliqué à toutes les formes de tuberculose pulmonaire, ayant atteint un degré tel, que les crachats expectorés sont bacillifères ; cependant, l'application de l'article 1er ne sera prescrite que lorsque la personne atteinte de cette forme de tuberculose :

1° Couche ou travaille habituellement dans le même appartement qu'une ou plusieurs autres personnes, non atteintes de la maladie ;

2° Est employée ou occupée à la manipulation, à la préparation, à la distribution du lait, de la viande ou de tout autre aliment destiné à la vente au public.

ORDONNANCE II. — L'ordonnance II répète toutes les prescriptions édictées dans la deuxième partie de la loi ; elle établit, en outre, un modèle de certificat légal de déclaration (modèle A) (1). Pour préciser son diagnostic, un médecin

1. Voir les imprimés page 162.

traitant peut envoyer à un bactériologiste officiel, des échantillons des crachats de ses malades.

Le bactériologiste devra envoyer au médecin le résultat de son analyse.

Si le bactériologiste certifie qu'il se trouve dans les crachats examinés des bacilles tuberculeux, le malade sera considéré comme atteint de tuberculose pulmonaire au degré visé dans l'ordonnance I, et le médecin devra, outre le certificat légal, envoyer au *Medical Officer of Health* le certificat du bactériologiste.

Le *Medical Officer of Health* devra, en recevant un certificat médical, relever les renseignements qu'il contient sur un registre conforme au modèle B, puis transmettre ce certificat, avec son avis personnel sur les mesures à prendre, à l'agent exécutif des règlements sanitaires du district, qui conservera ledit certificat dans les archives.

Une copie de tous les certificats et des mesures qui en ont résulté, sera conservée par l'agent exécutif des règlements sanitaires, dans un registre (registre des déclarations) conforme au modèle C.

L'agent exécutif des règlements sanitaires devra, en recevant du *Medical Officer of Health* un certificat, examiner le registre des déclarations, et s'assurer qu'un certificat concernant la même personne, n'a pas été reçu auparavant, et, au cas échéant, il devra immédiatement en prévenir le médecin traitant et le *Medical Officer of Health.*

Si le registre des déclarations ne fait mention d'aucun certificat antérieur, l'agent exécutif des règlements sanitaires devra y inscrire tous les renseignements contenus

dans le certificat qu'il vient de recevoir, et, s'il y a lieu, les observations du *Medical Officer of Health.*

Le *Medical Officer of Health* devra, dans un délai d'un mois après le 31 mars de chaque année, envoyer au *Local Government Board* un sommaire des renseignements (à l'exclusion des noms et des adresses) contenus dans les certificats reçus par lui depuis le 31 mars de l'année précédente; ces renseignements seront classés d'après l'âge, le sexe, et la profession des malades.

Les autorités sanitaires devront prendre des mesures pour que les renseignements contenus dans les certificats et dans les registres ne soient pas divulgués.

Quand un malade, au sujet duquel une déclaration a été faite, se rétablit, au point qu'il ne présente plus de danger de contagion, le certificat et l'inscription correspondante au registre des déclarations devront être annulés.

En dehors du règlement d'administration publique que nous venons de voir, une circulaire, concernant les mesures générales (1) qui peuvent être prises dans la lutte contre la tuberculose, conformément à l'esprit de la loi de 1908, a été envoyée aux autorités sanitaires ; de même que celle qui concerne l'Angleterre, nous l'avons laissée de côté, car elle expose les mesures générales que nous avons étudiées au chapitre II.

---

1. *Memorandum. Tuberculosis Prevention (Ireland) Act 1908.*

IMPRIMÉS

concernant le Règlement d'Administration publique de 1908

MODÈLE A

LOI DE PROTECTION CONTRE LA TUBERCULOSE EN IRLANDE (1908)

Certificat du médecin praticien

TALON

N°

Nom.....

Adresse.....

Sexe.....

Age.....

Profession.....

Date de l'envoi du certificat

.....

* Si le cas ne mérite pas d'attention spéciale le mot « Néant » doit être inséré ici, et suivi d'une indication précise des mesures préventives adoptées pour ce cas.
Le Médical Officer of Health spécifiera si l'intervention des services d'Hygiène est nécessaire.

District de.....

Je certifie que :

Nom.....
Adresse.....
Sexe.....
Age.....
Profession.....

est atteint de tuberculose sous la forme, au degré et dans les conditions qui ressortissent à l'article 1 de la « Loi de 1908 ».

Date.....
Signature.....
Adresse.....

Signature du Medical Officer of Health.

.....

District de.....

OBSERVATIONS *

.....
.....
.....
.....
.....

MODÈLE B. — Registre qui doit être tenu par le « Medical Officer of Health »

NUMÉRO DU CERTIFICAT	DATE DE LA DÉCLARATION	NOM	ADRESSE	SEXE	AGE	PROFESSION	A-T-ON CERTIFIÉ LA PRÉSENCE DES BACILLES TUBERCULEUX DANS LES CRACHATS ?	OBSERVATIONS SOUMISES AUX AUTORITÉS SANITAIRES

MODÈLE C. — Registre qui doit être tenu par l'Agent exécutif des Autorités sanitaires

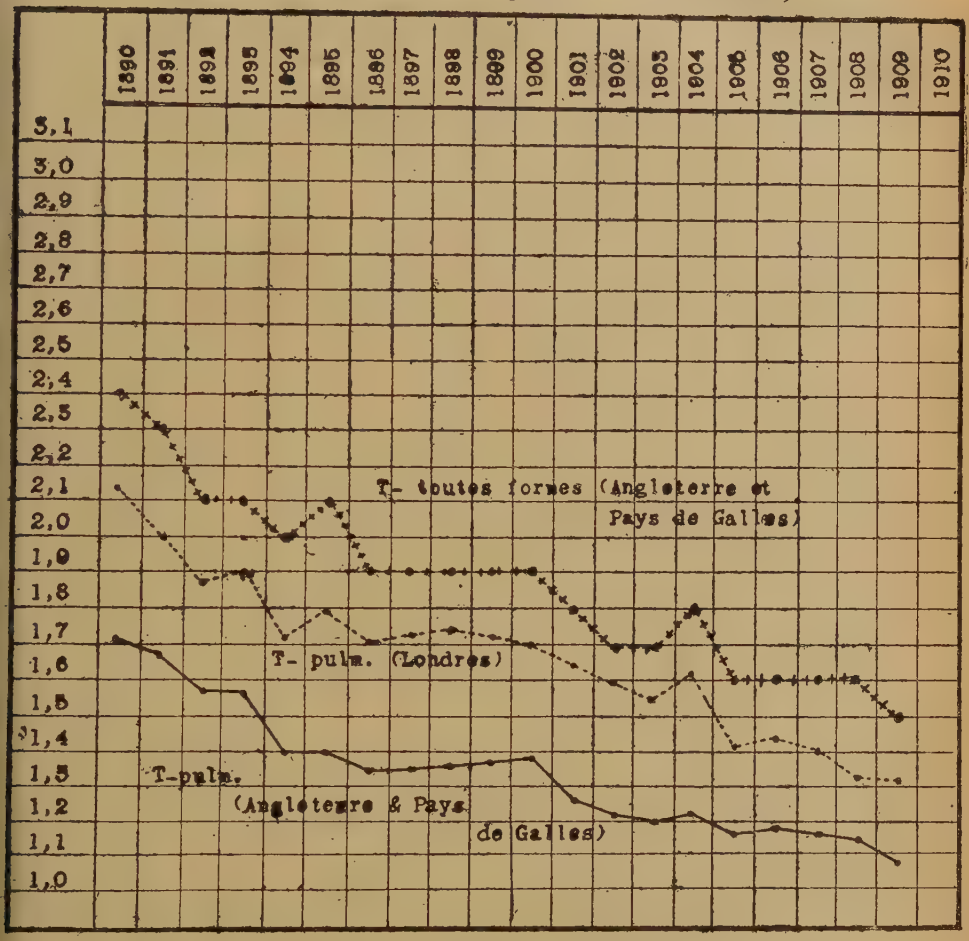
NUMÉRO DU CERTIFICAT	DATE DE LA DÉCLARATION	NOM	ADRESSE	SEXE	AGE	PROFESSION	A-T-ON CERTIFIÉ LA PRÉSENCE DES BACILLES TUBERCULEUX DANS LES CRACHATS ?	OBSERVATIONS PRÉSENTÉES PAR LE MÉDICAL OFFICER OF HEALTH	MESURES PRISES PAR LES AUTORITÉS SANITAIRES

STATISTIQUES

ANGLETERRE ET PAYS DE GALLES

POPULATION.... { Angleterre et Pays de Galles (1909)... 35.750.000 habitants
Londres (1909)..... 4.800.000 habitants

Mortalité par tuberculose (pour 1.000 habitants).



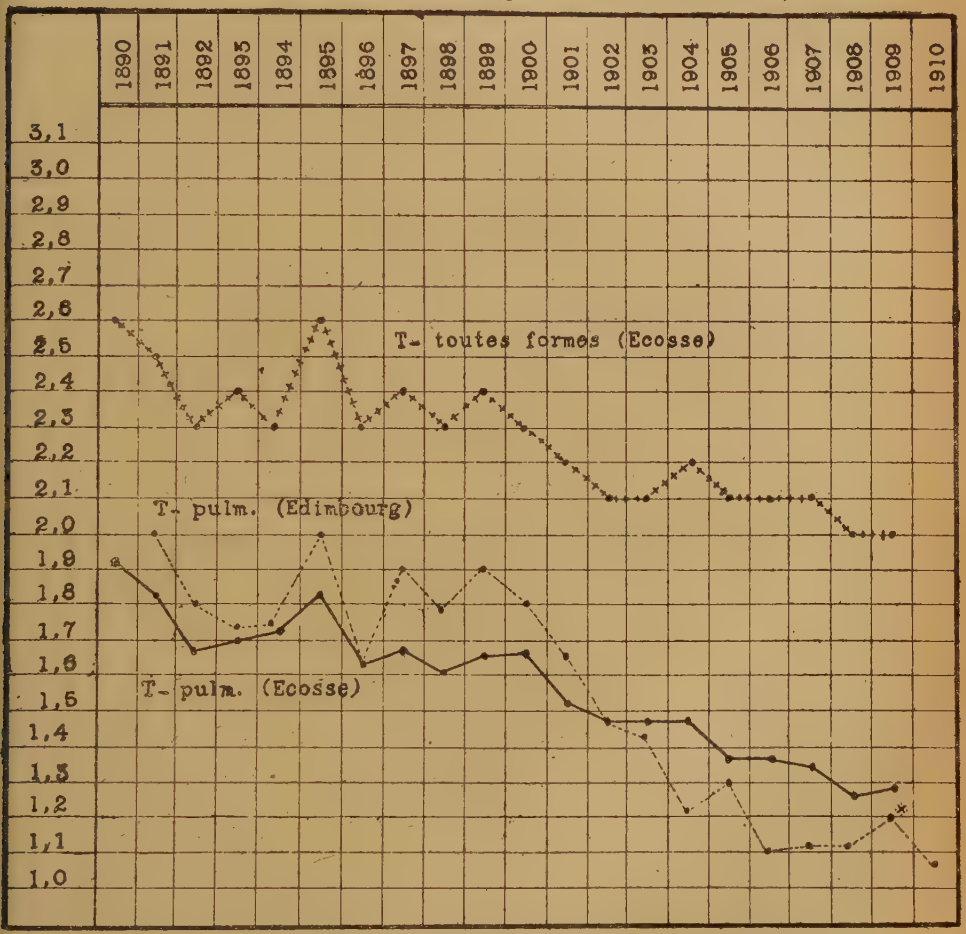
Rapport (o/o) entre la mortalité par tuberculose pulmonaire et la mortalité générale.

	Angleterre et Pays de Galles	Ville de Londres
1890	8,9	10,2
1891	8,4	9,6
1892	8,3	9,4
1893	8,2	9,2
1894	8,6	10,0
1895	7,5	9,2
1896	7,9	9,6
1897	7,9	9,7
1898	7,8	9,6
1899	7,6	9,6
1900	7,6	9,3
1901	7,5	9,7
1902	7,6	9,3
1903	7,7	10,2
1904	7,5	10,0
1905	7,5	9,4
1906	7,6	9,5
1907	7,8	9,6
1908	7,8	9,6
1909	7,4	9,3
1910	»	»

ÉCOSSE

POPULATION... { Ecosse (1901) ..... 4.470.000 habitants
Edimbourg (1910)..... 360.000 habitants

Mortalité par tuberculose (pour 1.000 habitants).



Rapport (o/o) entre la mortalité par tuberculose pulmonaire et la mortalité générale.

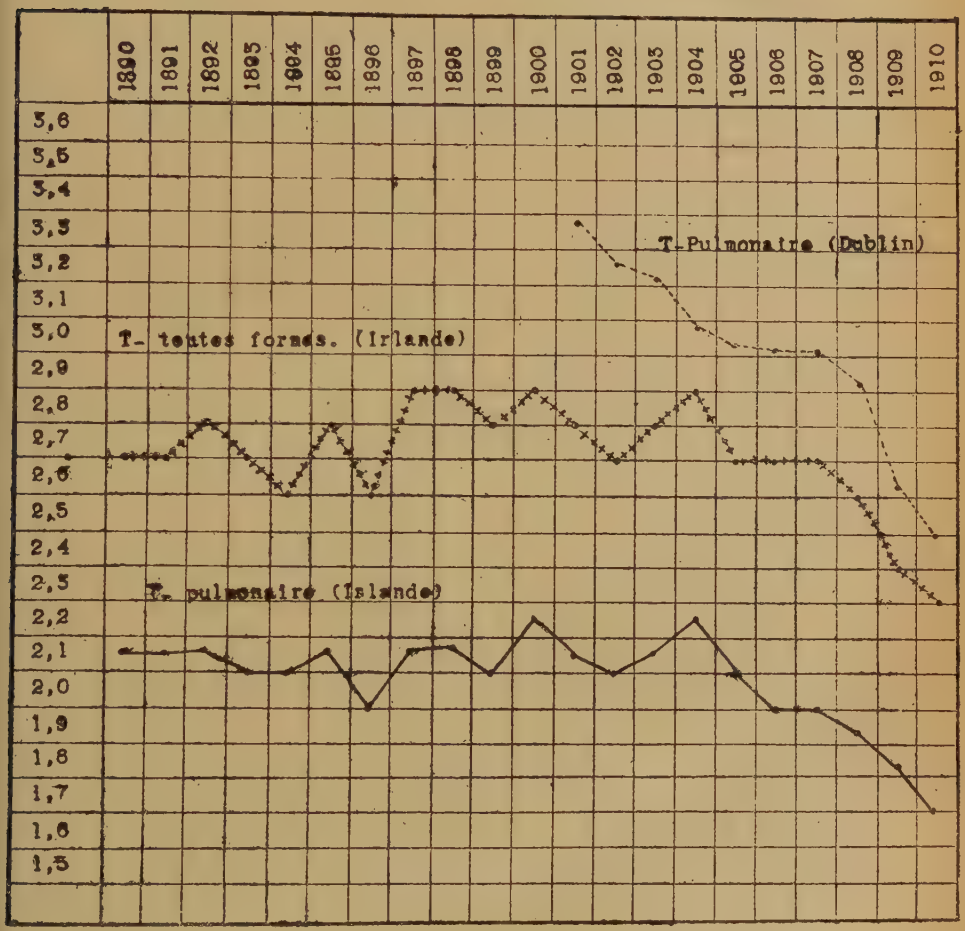
	Écosse	Édimbourg		Écosse	Édimbourg
1890	9,8	»	1901	8,5	9,4
1891	8,8	9,8	1902	8,5	9,3
1892	9,1	10,1	1903	8,8	9,3
1893	8,7	9,7	1904	8,7	8,2
1894	10,1	10,9	1905	8,7	9,2
1895	9,5	10,5	1906	8,6	7,7
1896	9,8	10,6	1907	8,4	7,9
1897	9,2	9,8	1908	7,9	8,4
1898	9,1	10,2	1909	8,1	8,2
1899	9,2	10,8	1910	»	9,0
1900	9,0	10,3			

* Cette hausse correspond à l'introduction nouvelle dans les statistiques, des décès d'un établissement hospitalier, non compris jusque-là dans le district d'Edimbourg.

IRLANDE

POPULATION... { Irlande (1910)..... 4.370.000 habitants
District de Dublin (1910)..... 403.000 habitants

Mortalité par tuberculose (pour 1.000 habitants).



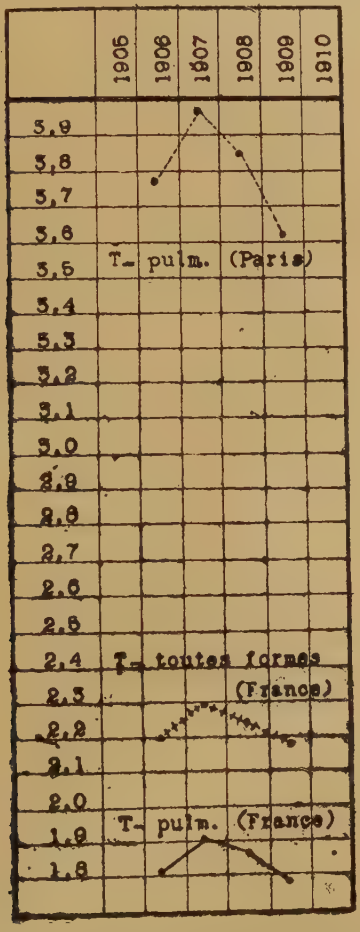
Rapport (o/o) entre la mortalité par tuberculose pulmonaire et la mortalité générale.

	Irlande	Dublin
1890	»	»
1891	11,7	»
1892	11,1	»
1893	11,7	»
1894	11,6	»
1895	11,6	»
1896	12,0	»
1897	11,7	»
1898	11,9	»
1899	11,9	»
1901	12,0	13,9
1902	12,0	13,0
1903	12,3	14,1
1904	12,4	13,2
1905	12,1	14,3
1906	11,8	13,6
1907	11,2	13,1
1908	11,1	13,6
1909	10,8	12,9
1910	9,8	12,5

FRANCE

POPULATION.. { France (1906)..... 39.196.000 habitants
Paris (1906)..... 2.723.000 habitants

Mortalité par tuberculose (pour 1.000 habitants).



Rapport (o/o) entre la mortalité par tuberculose pulmonaire et la mortalité générale.

	France	Paris
1906.....	9,2	21,5
1907.....	9,4	21,4
1908.....	9,8	21,7
1909.....	9,3	20,7

Nota. — Jusqu'en 1906, les statistiques du Ministère de l'Intérieur n'étant établies que pour les villes au-dessus de 5.000 habitants, nous n'avons pu étendre nos courbes aux années antérieures à 1906.

CONCLUSIONS

Le Royaume-Uni d'Angleterre, d'Écosse et d'Irlande, nous offre l'exemple d'un pays qui, grâce à sa législation autant qu'à l'initiative privée, a réussi à réduire sa mortalité par tuberculose dans des proportions considérables.

En vingt ans, l'Angleterre a vu le chiffre de cette mortalité s'abaisser de 40 o/o, l'Écosse de 35 o/o, l'Irlande,— pays de misère —,de 20 o/o ; ces proportions ont pu atteindre 40 et 50 o/o dans les grandes villes telles que Londres et Édimbourg.

Si nous comparons ces quelques chiffres à ceux que nous fournissent les statistiques françaises,nous trouvons que, 130 décès par tuberculose en Angleterre correspondent à 220 dans notre pays ; bien plus, tandis que le rapport entre la mortalité par tuberculose pulmonaire et la mortalité générale, est de 9 o/o à Londres, cette proportion atteint 20 o/o à Paris. Et cependant, rien ne milite en faveur de l'Angleterre, qui permette d'expliquer cette faible mortalité : le climat de ce pays est froid et humide, le soleil rare, les brouillards y sont légendaires ; la population des centres industriels y est plus dense qu'en France, la misère plus cruelle.

On est donc en droit d'attribuer l'heureux résultat que nous dévoilent les statistiques, aux mesures qui président à l'action de la lutte antituberculeuse et que nous avons exposées.

Beaucoup de ces mesures pourront trouver leur application en France ; en particulier, celles qui concernent *la déclaration obligatoire* de la tuberculose pulmonaire chez les malades assistés, l'isolement des écoliers tuberculeux, la surveillance des laits, la reconstruction des quartiers insalubres, la création de *Garden Cities*.

L'adoption de ces mesures sanitaires dans notre pays, permettra de combler les lacunes de nos lois et de nos institutions ayant pour objet la lutte contre l'extension de la tuberculose.

Vu : le Président de la thèse,
CHANTEMESSE

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

LA DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE

NEWSHOLME (Arthur). — The Prevention of Tuberculosis, 1908. Methuen et C° édit., London.

Report of the Local Government Board, 1905, 1906. — Supplement in continuation of the Report of the Medical Officer (on Sanatoria for Consumption and certain other aspects of the Tuberculosis question), 3e partie. Wyman & Son Ltd. London.

Report of the Public Health Committee of the London County Council, 1908 et 1909. King & Son édit., London.

Report by the Medical Officer, presenting a Report by Dr Wanklyn London County Council (Pulmonary Tuberculosis), 1910. King & Son édit., London.

DISPENSAIRES

Report of the Local Government Board, 1905, 1906. — Supplement, etc. (citato), p. 227,

NEWSHOLME (Arthur). — Citato, p. 411.

Official Report regarding the Anti-tuberculosis movement in Scotland (*Congrès de la Tuberculose à Washington*, 1908).

PHILIP. R. W. — The Anti-tuberculosis Program (*Congrès de Washington*, 1908).

— Public aspects of the Prevention of Consumption. Morison édit., Édimbourg, 1910.

— The erection of Municipal Dispensaries and a completer organisation against tuberculosis (*Medical Journal Edimbourg*, janvier 1906).

Philip (R.-W.). — The role of the Consumption Dispensary in the Tuberculosis Campaign. Dollard, édit. Dublin. (*Edinburgh Dispensary Public Health*, n° du 11 août 1910, Londres).

HOSPITALISATION DES TUBERCULEUX

Report of the Local Government Board, 1905-1906. Supplement, etc., etc. (citato), 2e partie.

Newsholme (Arthur). — Citato, p. 382.

Paterson (Marcus). — Auto-inoculation in Pulmonary Tuberculosis. James Nisbet, 6e édit. London, 1911.

MESURES CONCERNANT LA TUBERCULOSE BOVINE ET LE CONTROLE DES LAITS

Newsholme (Arthur). — Citato, p. 403.

Niven (James). — The administration of the Manchester milk Clauses 1899 (*British Congress of Tuberculosis*, 1900.

Delépine (Sheridan). — The Manchester Milk Supply, from a Public Health point of view, 1909. Heywood, édit. Manchester.

— Report on Investigation in the Public Health Laboratory of the University of Manchester, upon the prevalence and Source of Tubercle Bacilla in Cow's Milk (Extract from the *Annual Report of the Medical Officer of the Local Government Board for 1908-1909*.

Royal Commission of Tuberculosis (Compte-rendu). Darling & Sons, Londres.

Report of the Public Health Committee of the London County Council, appendix V, 1908. King & Son, édit., Londres.

Annual Report of the Chief Medical Officer of the Board of Education, années 1908 et 1909. Wyman & Son édit., Londres.

Byles (A. H.). — The Open air School (*World's Work*, n° 20, janvier 1909, London).

Crowley (R. H.). — Hygiene of School Life (p. 230). Methuen et C°, édit., 1910, London.

— Report on Thackley Open-air School (*Bradford Education Committee*, 1909).

— The Open-air School Movement (*British Journal of Tuberculosis*, juillet 1909, London).

Gray (E.). — Open-air Schools (*Schools Government Chronicle*, janvier 1908).

Halifax Education Committee Bermerside Open-air School.

Kelynack (T. N.). — Tuberculosis in Infancy and Childhood (p. 329). Baillère, Tindall et Cox, éd., 1908, Londres.

— Medical Examin. of School and Scholars (p. 249). King & Son, London, 1910.

Rose and Kerr (F.).— Report of the London County Council on the Open-air School at Bostall Wood, 1907. King & Son, édit., Londres, 1908.

— Report of the London County Council on the three Open-air Schools held during 1908. King & Son, édit., 1909, Londres.

Rose (F.). — Open-air Schools (*Royal Sanitary Institute*, 1908. London).

— Open-air Schools (*Progress*. Londres, n° d'avril 1908).

— Open-air Schools. Penny and Hull., éd. London.

Williams (R.-P.) — Report on Whiteley Wood Open-air

Recovery School Sheffield (*Sheffield Education Committee*, 1909).

— The Sheffield Open-air Recovery School (*School Hygiene*, n° de mars 1910, p. 136. Londres).

— The Sheffield Open-air School (*British Journal of Tuberculosis*, n°2, p. 101, 1910).

VIGNE (Paul). — Les Cures de plein air. Baillère & fils, édit. Paris, 1910.

L'HABITATION HYGIÉNIQUE EN ANGLETERRE. — GARDEN CITIES

The Housing Question in London, 1855, 1900 (*London County Council*). King & Son, édit. London.

Publications de la Garden City Association, 602, Birkbeck Chambers, Holborn, London.

— Housing in Town & Country (Conférences sur les Garden Cities).

— Town Planning in Theory et Practice.

— The Garden City Movement by. G. M. Harris.

— Garden City et Agriculture by Thom sAdams.

— Book of 77 views of Garden Cities.

— Guide to Garden Cities.

— Garden Cities & Town Planning (publication mensuelle de l'association).

Publications de la Société « Co-partnership Tenants Limited ». 6, Bloomsbury Square. London.

— Co-partnership in Housing (The co-partnership Publishers London).

— The story of the Garden suburb at Hampstead.

— Co-partnership in Housing (by H. Vivian).

— Practical Housing (by J. S. Nettlefold).

Publications dela First Garden City Limited Estate Office Leitchworth (Herts).

Prospectus (situation financière en 1910.)

General Remarks on Leitchworth Garden City.

Howard (E.). — Garden Cities of to-morrow. Swan, Sonnenschein et C° edit. London, 1902.

Compte rendu du Congrès du Town Planning de 1910. 9, Conduit Street, Regent Street. London.

Garden Suburbs. Town Planning et Modern Architecture, 1910. Fisher Unwin, publishers, Adelphi Terrace. London.

Garden Suburbs. Villages & homes by the Co-partnership Tenants Housing Council, 22, Red Lion Square, London.

Unwin (R.).— Town et Street Planning (*Communication au Congrès d'hygiène de Sheffield*, 1908).

Eustace (G. W.). — The effect of hygiene upon the Wage-earning Capacity of the people (*Communication au Congrès d'hygiène de Brighton*, 1910.

Report of the Local Government Board, 1905-1909, Supplement, etc., etc., citato, p. 94.

Newsholme (Arthur). — Citato, p. 191 et 224.

Les efforts collectifs dans la lutte contre la tuberculose

Newsholme (Arthur). — Citato, p. 372.

Report of the Local Government Board, 1905-1906. Supplement, etc., etc., citato, p. 394 et 399.

Aberdeen (Countess of). — Ireland's crusade against Tuberculosis. Maunsel et C° édit. Dublin.

Annual Report of the Women's National Heath Association of Ireland 1909. Maunsel et C° édit. Dublin.

The Journal of the « Slainte », vol. I, 1909. Maunsel et C° Dublin.

statisiques

Angleterre et Pays de Galles

Annual Report of the Registrar General in England and Wales, 1908 et 1909. Darling & Son édit. Londres.

Report of the Medical Officer of the Local Government Board, 1909-1910. Wymans & Sons édit. Londres.

Londres. — Report of the Public Health Committee of the London County Council, 1908 et 1909. King & Son édit. Londres.

Report of the Local Government Board, 1905-1906. Supplement, etc., etc., citato, p. 32.

Manchester. — Report on the Health of the City of Manchester by James Niven, 1909 et 1910.

Écosse

Annual Report of the Registrar General in Scotland for 1908. Oliver et Boyd édit. Édimbourg.

Édimbourg. — Annual Report of the Public Health Department of the City of Edinburg for the year 1910 by A. M. Williamson. Pillans et Wilson édit. Édimbourg.

Irlande

Annual Report of the Registrar General for Ireland 1910. Wyman et Sons édit. Londres.

Annual Report of the Local Government Board for Ireland for the year ended 31st. of March 1911. Wyman & Sons édit. Londres.

Dublin. — Report upon the state of Public Health in the City of Dublin 1910 by Sir C. A. Cameron Sealy. Bryers et Walker édit. Dublin.

France

Statistiques sanitaires du Ministère de l'Intérieur.

LEXIQUE

Nous avons rassemblé ici certaines expressions anglaises particulières, que nous avons dû employer au cours de notre travail.

Act. — Loi.

After care. — Ce qu'il advient du malade après le traitement.

Board. — Comité d'administration.

Board of Education. — Correspond à notre ministère de l'Instruction publique.

Commons. — Terrains publics, communaux, inaliénables, destinés à la promenade ou aux jeux.

Council. — Conseil.

Friendly Societies. — Sociétés de secours mutuels.

Garden Cities. — Villes ou villages établis sur un plan préconçu, composés de cottages entourés de jardins, de boutiques, quelquefois d'une ou plusieurs usines, de bâtiments communs, de terrains de jeux, etc.

Garden Suburb. — Garden City suburbaine.

Guardians. — Personnes élues par les électeurs municipaux et chargées de diriger l'administration de l'assistance publique, y compris les Workhouses et les Union Infirmaries.

Inhabited house Duty. — Impôt sur les maisons habitées.

Local Government Board. — Ministère spécial ayant une partie des attributions de notre ministère de l'Intérieur, en particulier le contrôle de l'administration des communes. Il en existe un *(local)* pour chacune des trois contrées du Royaume-Uni.

London County Council. — Correspond. pour Londres, au Conseil général de la Seine (en ce qui concerne Paris).

Medical Officer of Health. — Correspond à notre directeur du bureau d'hygiène ; exprime en général l'idée d'un médecin sanitaire municipal.

Order. — Décret (sens juridique).

Out patients. — Malades soignés à domicile par le médecin des pauvres de la commune, ou allant à la consultation d'un hôpital.

Poor Law. — Loi réglant l'assistance publique.

Poor Law Authorities. — Autorités chargées de l'application du Poor Law.

Poor Law Institution. — Bureau de bienfaisance ou d'assistance pour les malades indigents.

Poor Law Patients. — Malades assistés par les Poor Law Authorities.

Regulation. — Règlement.

Relieving Officer. — Fonctionnaire municipal chargé de secourir les pauvres non hospitalisés au Workhouse.

Superintending Officer. — Directeur d'un établissement d'hospitalisation.

Town Planning. — Projet de construction de Garden Cities ; reconstruction de quartiers insalubres sur un plan déterminé.

Trade-unions. — Syndicats ouvriers.

Union. — Collaboration de deux ou plusieurs communes pour l'application du Poor Law, avec établissements communs *(Workhouse et Infirmary)*. Par extension, le mot *Union* est souvent appliqué aux bâtiments du *Workhouse* commun.

Union Hospitals ou Infirmaries. — Infirmeries des Workhouses de l'Union.

Workhouses. — Asiles pour les pauvres. Ceux-ci doivent y fournir une certaine somme de travail destinée à contribuer aux frais de leur entretien ; ces établissements possèdent une infirmerie qui est en partie un asile de vieillards.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-Propos	7
Introduction	11
Chapitre premier. — La Déclaration de la tuberculose pulmonaire	15
Chapitre II. — Coordination des mesures anti-tuberculeuses	28
Chapitre III. — Les Dispensaires anti-tuberculeux	44
Chapitre IV. — Hospitalisation des tuberculeux. — Sanatoriums	50
Chapitre V. — Mesures concernant la tuberculose bovine et le contrôle des laits	70
Chapitre VI. — L'Inspection médicale des écoles. — Les écoles de plein air	86
Chapitre VII. — L'Habitation hygénique en Angleterre. — *Garden Cities*	100
Chapitre VIII. — Les Efforts collectifs dans la lutte contre la tuberculose	119
Chapitre IX. — Législation	133
Statistiques	165
Conclusions	173
Bibliographie	175
Lexique	181